

**UROLOGPATIENTERS SKATTNING AV INFORMATION OCH
DELAKTIGHET**

En enkätstudie

Kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Grundnivå
Examinationsdatum: 120514
Kurs: HT10

Författare:
Sonja Andersson
Åsa Bäärnhelm

Handledare:
Johanna Ulfvarson

Examinator:
Jörgen Medin

SAMMANFATTNING

Patientens rättighet till delaktighet och information om sin sjukdom är en alltmer uppmärksammat angelägenhet där sjukvårdens skyldigheter tydliggörs i svensk lagstiftning. Bakgrunden till studien är att författarna har uppmärksammat det komplicerade i informationsprocessen kring patientens vård; före, under och efter vårdtiden samt att göra patienten delaktiga och utföra egenvård. I resultaten från de patientenkäter som regelbundet utförs på kliniken där författarna arbetar, finns ett utrymme till förbättring gällande både information och delaktighet.

Syftet med studien var att beskriva hur patienter vårdade på en urologisk slutenvårdsavdelning skattade egen delaktighet och sjukvårdspersonalens information gällande behandling, egenvård och sjukdom.

Metoden har varit kvantitativ och baserats på en enkät. Totalt deltog 40 patienter som varit inlagda på en urologisk vårdavdelning. Svarsfrekvensen var 80 procent. De flesta var män i åldern 50–69 år. Fördelningen mellan elektiva och akuta patienter var ojämn med 80 procent elektivt intagna patienter. För bearbetning av materialet användes analysprogrammet Excel.

Resultatet visade att de flesta patienter var mycket nöjda med den information som gavs dem och de kände stor delaktighet i både basal och specifik omvårdnad under tiden på sjukhuset men även i beslut kring sin fortsatta behandling.

Författarna drog slutsatsen att vårdpersonal hade ett stort ansvar när gäller att ge rätt information och att göra patienten delaktig under hela vårdprocessen. Ytterligare forskning skulle kunna bidra till metoder för att utveckla sjuksköterskans roll som pedagog och även belysa vilken roll närstående har.

Nyckelord: delaktighet, information, undervisning, egenvård.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård	1
Kommunikation och information	2
Delaktighet	3
Patientens lärande	4
Egenvård	5
Teoretisk grund	6
SYFTE	7
Frågeställning	7
METOD	7
Metodval	7
Urval	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
Information	9
Delaktighet	10
Egenvård	10
METODDISKUSSION	11
RESULTATDISKUSSION	12
Delaktighet och egenvård	13
Slutsats	14
Vidare forskning	14
REFERENSLISTA	14
Bilaga I	I
Bilaga II	IV
Bilaga III	V
Bilaga VI	VI
Bilaga V	

Fel! Bokmärket är inte definierat.

INLEDNING

Patientens roll i vården har under de senaste årtiondena förändrats. Idag får områden som delaktighet, medbestämmande och egenvård allt större betydelse och utrymme. Vården ska baseras på lyhördhet och respekt för patientens specifika behov och genomföras så långt det är möjligt i samråd med patienten (Svensk Författningssamling [SFS], 1982). I handboken God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, beskrivs vårdgivarens skyldighet att ge patienten individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de olika behandlingsmöjligheter som erbjuds (Socialstyrelsen, 2006). Vårdkvaliteten säkerställs via ett enhetligt patientsäkert kvalitetssystem som omfattar alla delar av verksamheten. Olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt mellan de olika huvudmännen och främja kontakten mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Det nya informationsteknologiska samhället har också medfört att kravet på lättillgänglig information ökat och tagit nya vägar vilket exempelvis begreppet e-hälsa visar. E-hälsa innebär en samordning mellan hälso- och sjukvård och informationsteknik där elektroniska journaler, informationssajter och telemedicin har utvecklats bl. a. i syfte att hitta nya vägar att möta patientens behov (World Health Organisation [WHO], 2004).

Författarna arbetar som sjuksköterskor på en urologisk slutenvårdsavdelning och har många års erfarenhet av urologisk omvårdnad. En väsentlig del av omvårdnaden innebär att överföra information mellan vårdgivare och vårdtagare före, under och efter sjukhusvistelsen. Vi har uppmärksammat det komplicerade i att ge rätt information till patienten på rätt sätt men även så att patienten känt sig delaktig i de beslut och åtgärder som rör just honom/henne. Enligt Burt, Caelli, Moore och Anderson (2004), Sheard och Garraud, (2005) och Heaney och Hahessy, (2010) kan en välinformerad patient i större utsträckning delta i beslut om behandling, bemöta problem konstruktivt och känna större tillfredsställelse.

Urologiska patienter har en stor spännvidd gällande både diagnos och vårdtid. Från enklare ingrepp av benign karaktär till palliativ vård av cancersjuka. Även vårdtiden varierar stort, från dagvård till flertalet veckor. Medelvårdtiden på avdelningen är i dagsläget ca tre dagar. Vissa kategorier av patienter med ex. blåscancer kontrolleras med jämna mellanrum vilket gör att de återkommer frekvent, ibland tre till fyra gånger per år.

Kliniken där författarna arbetar har under de senaste tre åren deltagit i sjukhusövergripande patientenkäter. Resultatet från de enkäterna har visat att 19 procent av patienterna inte känt sig delaktiga i beslut om behandling och vården i stort (Indikator, 2009). Vi beslutade därför göra en kartläggning för att förstå sambanden med de låga resultaten i de områden av enkäterna som beskriver delaktighet och information.

BAKGRUND

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Vården ska enligt Hälso- och Sjukvårdslagen främja hälsa där sjuksköterskan spelar en viktig roll i kommunikationen med patienten (SFS, 1982:763). Sjuksköterskans agerande i det hälsobefrämjande arbetet ska baseras på kunskap; systematiskt insamlad, granskad, värderad och sammanställd men även klinisk erfarenhet värdesätts. Vidare behövs god kunskap om bemötande och kommunikation för att patienten ska känna sig delaktig i samarbetet och involveras i kunskapsbildning och kunskapsspridning (Socialstyrelsen, 2012). Utvärdering av utförda vårdåtgärder är dessutom en viktig del för att utveckla vården vidare så den blir ändamålsenlig men också kunna hantera patienternas behov på ett effektivt sätt. I och med att

den nya lagen om patientsäkerhet trädde i kraft den 1 januari 2011 har patientens ställning enligt lagtexten ytterligare stärkts.

Patientvården beskrivs i Patientsäkerhetslagen ”att så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten och att patienten ska visas omtanke och respekt” (SFS, 2010:659). WHO (1994) anger också patientens rättigheter till delaktighet i texten “there is now greater emphasis on the encouragement of individual choice and the opportunity to exercise it freely”, samt “to promote and sustain beneficial relationships between patients and health care providers, and in particular to encourage a more active form of patient participation” vilket baserar sig på FN’s deklaration om de mänskliga rättigheterna och var människas rätt till en fri utveckling av personligheten (Förenta Nationerna [FN], 1948).

Sjuksköterskan etiska kod enligt International Council of Nurses (ICN), beskriver sjuksköterskans ansvar för ”att den enskilda individen får information som ger förutsättningar till samtycke för vård och behandling” (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2005). En patientfokuserad vård förutsätter att en dialog förs mellan vårdgivare och patient och att samarbete utvecklas och säkerställs mellan olika vårdgivare. Arbetet bör ske med insikt om patientens integritet, behov och värderingar och i de fall det är möjligt utförs i samråd där patienten görs delaktig och medbestämmande.

Kommunikation och information

Kommunikation är människans äldsta och viktigaste beteende som medför att kunskap inhämtas och att utveckling sker (Hård af Segerstad, 2002). Ordet ”kommunikation” kommer från latinets communis som betyder ”gemensam”. I samspel med andra människor finner vi självförverkligande, tillfredsställelse och glädje. Kommunikation betyder alltså att göra någonting gemensamt där människan samlar information om sig själv och sin omvärld. Den mesta kommunikationen sker genom den sociala processen i samröre med andra människor, oftast i den lilla gruppen.

Kommunikation fyller olika funktioner ex. som informationsöverföring, relationsskapande och kunskapsutveckling. Ur det kommunicerade uppstår information som i förädlad form beskrivs som kunskap. Kunskap kan omsättas i praktisk handling och problemlösning. Den finns lagrad hos människan själv som en tillgång till skillnad från information som syftar på kunskapens yttre eller materiella form som är distribuerbar och kan alltså överföras till nästa mottagare. Till en början sker detta omedvetet i livets början men senare som en medveten handling. Då information överförs förutsätter det ett mänskligt medvetande där flera faktorer spelar roll. Språket är det viktigaste instrumentet och till det kommer förmåga att avläsa, tolka och förstå den överförda informationen (Hård af Segerstad, 2002). Vidare spelar andra förutsättningar roll som ex. ålder, motivation, fysisk förmåga och tid och plats för överförandet (Klang Söderkvist, 2003). Information ger alltså inte direkt en kunskapsutveckling utan behöver omvandlas hos mottagaren med hjälp av egna erfarenheter men beror också till stor del på den som ger informationen (Hård af Segerstad, 2002).

Enligt den nya patientsäkerhetslagen som trädde i kraft 1 januari 2011 har vårdpersonalen ett övergripande ansvar att ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, de behandlingsmöjligheter som finns och möjlighet att välja vårdgivare (SFS, 2010:659). Patientbemötandet ska genomsyras av respekt där integritet och värdighet är nyckelord och patienten ska ges möjlighet till delaktighet (SOSFS, 2005:12).

Patientens situation idag har utvecklats till att innebära större möjligheter att vistas i hemmet. Detta ställer också högre krav på sjukvården att bidra till en kvalitativ vård som bedrivs i

hemmet och som medför att rätt information ges till patienten eller till närstående. Då patienten själv inte kan ta emot informationen ska den ges till närstående förutsatt att gällande lag om sekretess följs (Socialstyrelsen, 2009).

Vårdpersonal spelar en avgörande roll genom att ge tillräcklig och förståelig information på ett sätt som passar patienterna och gör dem delaktiga i förhållande till deras behov (Sainio & Lauri, 2003). Informationen till patienten är oftast en komplex fråga där vårdpersonalen har olika uppfattning om informationen som ska ges. Det kan handla om vem som ska ge den, vilket tillvägagångssätt som är bäst lämpat men också hur patienten uppfattat informationen och omsatt den till egen kunskap (SSF, 2007).

Klang Söderkvist (2003) säger i sin rapport ”*för att möjliggöra en känsla av egenkontroll och trygghet hos patienten och/eller närstående är kunskap och tillit till vårdpersonalen avgörande. Denna kunskap och tillit ska, där det behövs, ligga till grund för de förändringar av livssituationen som sjukdom och behandling kan innebära och som i sin förlängning ska resultera i en bibehållen eller förbättrad hälsa och livskvalitet*” (s.14). Idag har patienten rätt att kräva information om sin sjukdom och olika behandlingsformer. Många är också väl insatta med hjälp av bl.a. informationsutbudet som finns att tillgå via Internet och andra media. Det ställer högre krav på att sjukvården förbereder sig att delge patienten rätt information på rätt sätt och vilket också innefattar en utvärdering av hur patienten uppfattat den givna informationen.

Information kan både vara generell och individanpassad. Den generella informationen utgörs av ex. information om vårdgaranti, valmöjligheter i fråga om behandling, patientens rättigheter då en vårdskada inträffat och möjligheter att klaga. Informationen ska vara lättillgänglig för patienten i exempelvis informativa broschyrer och via Internet vilket gör det möjligt för patienten att skapa rätt förväntningar på vårdens skyldigheter och möjligheter (SFS, 2010:659). Den individanpassade informationen ska baseras på ändamålsenliga rutiner där informationsöverföring mellan olika enheter är överensstämmande. Det medverkar till att patienten får en vård baserad på ansvar och kontinuitet genom hela vårdkedjan. Rutiner på vårdheten bör också ge vägledning i hur informationen och besked ska delges patienten, om det ska ges muntligen eller skriftligen, men också hur det fortsatta stödet och uppföljningen kan se ut. En väl underbyggd och standardiserad skriftlig information minskar risken att information uteblir, delges felaktigt eller behöver kompletteras ytterligare enligt Finch, Rochester och Mills (2009), Ghulam, Kessler, Bachmann, Haller och Kessler, (2006).

Socialstyrelsen påpekar också vikten av att vårdpersonal förutom i grund- och vidareutbildning utbildas fortlöpande. Ny personal bör i introduktionen ges möjlighet till handledning för att i sin tur kunna ge rätt information och därmed stödja patienten. Förbättringsarbeten där resultat baserade på patientenkäter med frågor om delaktighet, information och medinflytande ger en möjlighet till vidareutveckling och kompetenshöjning som bör finnas med som en återkommande del av arbetet (SFS, 2010:659).

Delaktighet

Delaktighet definieras att som medlem i en grupp vara involverad i beslut rörande sig själv, men har även en vidare definition såsom att dela eller kommunicera (Eldh, 2006). Delaktighet i omvårdnad kan ses ur två perspektiv, patientens och sjuksköterskans, där studier visar att de faktorer som påverkar delaktighet ofta uppfattas lika. Viktiga sociala faktorer är ett nära samarbete och att lära känna varandra. Ett jämställt förhållande där patienten blir sedd som

medarbetare främjar delaktigheten. Andra mer praktiska faktorer som påverkar delaktighet positivt är att patienten får tillräcklig med tid och att det finns kontinuitet bland personalen (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007, Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2009). För att kunna vara delaktig krävs kunskap och det är sjuksköterskan som förväntas delge denna kunskap (Larsson et al., 2007).

Patientens lärande

Det kan ibland vara svårt att särskilja mellan information och kunskap. Information härstammar från latinets *informo* vilket betyder undervisa, utbilda. I ordet informations betydelse ligger det meningsfulla innehåll som förs över vid kommunikation. Information blir först uppfattad som kunskap hos mottagaren men bidrar inte nödvändigtvis till en djupare sådan. Det krävs en mer pedagogisk hållning att utveckla en djupare kunskap vilket begreppen patientundervisning och patientutbildning syftar till. Via pedagogiska handlingar ökar patientens lärande som bidrar till förändring (Svensk sjuksköterskeförening [SS], 2007). Begreppen används ibland synonymt vilket inte är helt korrekt. Enligt Nationalencyklopedin [NE], (2011) står begreppet undervisning för meddelande av kunskaper med hänvisning till begreppet pedagogik vilket i betydelsen handlar om vetande och metoder som tillämpas i uppfostran, undervisning och utbildning. Däremot översätts begreppet utbildning som en systematisk undervisning och träning som ger kunskaper och färdigheter för visst yrke och ofta ger viss formell kompetens e.d. för detta (NE, 2011). I litteraturen används även begreppet lärande vilket i större grad syftar till den uppnådda avsikten med undervisningen. Den pedagogiska termen didaktik avser läran om undervisning och undervisningens och inläringens teori och praktik vilket i sjuksköterskans yrke sammanfaller med disciplinen omvårdnad i lärandeprocessen.

Genom tiderna har sjuksköterskan haft ett betydande ansvar för patienternas lärande där Florence Nightingale (1820-1910) banade väg med sitt hälsobefrämjande arbete (Hamrin, 1997). I Kompetensbeskrivning för Legitimerad Sjuksköterska (SOSFS, 2005:12) beskrivs sjuksköterskans uppdrag att ” *I dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling*” samt att ” *informera och undervisa patienter och/eller närstående, såväl individuellt som i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll*” (s.11). Sjuksköterskan ansvarar också för utvärdering av den givna informationen gentemot patient och/eller närstående.

Begreppet patientundervisning relaterar till två skilda discipliner, omvårdnad och pedagogik. I den praktiska lärandesituationen integreras dessa två där pedagogiken används som ett medel att nå resultat i en omvårdnadssituation ex. skötsel av en urinkateter i hemmet. Patientundervisning beskrivs som en process där delaktiga aktörer i processen kan bestå av både patienten och närstående och har som syfte att öka kunskap om sjukdom, förbättra behandlingsresultat och stödja förmågan att fatta självständiga beslut som leder till ett ökat välbefinnande (SSF, 2007). Termen empowerment (bemyndigande) används för att beskriva ett mål där patienten ges möjlighet att ta makten över sin situation. Kunskapsinhämtningen kan också möjliggöra lösningar (enabling) och ge frihet åt patienten att ställa ex. frågor inför en undersökning. Utvecklingen medför också att patienterna idag har en större frihet i beslutsfattanden (emancipation) (SSF, 2007).

Lärandeprocessen beskrivs som en interaktiv situation mellan patienten och sjuksköterskan. Planeringen av undervisningen innebär att sjuksköterskan förbereder hur innehållet ska förmedlas. Det kan handla om att utföra enkla aktiviteter till komplicerade färdigheter men även utveckla problemlösningsförmåga och bidra till en attitydförändring (Leijsgaard

Christensen & Huus Jensson, 2004). Undervisning kan både ske som en informell aktivitet i det vardagliga arbetet eller som en planerad mera formell aktivitet. Det är viktigt att lärandemiljön skapar trygghet och sker med etiskt förhållningssätt. Den fysiska miljön är viktig där undervisning bör ske ostört på patientens villkor. Inför en lärandesituation bör förutsättningarna optimeras och att följande analytiska frågor ställs som baserar sig på didaktikens grundpelare (Leijsgaard Christensen & Huus Jensson, 2004).

- Vad ska läras ut?
- Varför ska det läras ut?
- Hur ska det läras ut?
- För vem ska det läras ut?

Sjuksköterskans kliniska kompetens och rådande riktlinjer på arbetsplatsen baserad på aktuell forskning avgör vad som ska läras ut. Patientens tidigare erfarenheter och önskemål ingår i planeringen för att lärandesituationen ska bli så individanpassad som möjligt (Klang Söderkvist, 2003). Syftet med undervisningen måste klargöras för patienten på ett tydligt sätt och det ska också finnas tydliga mål med lärandet. Det kan handla om en lärandesituation där även närstående deltar. Även patientens lärandekompetens måste tas med i planeringen för att inläringen ska bli optimal vilket medför att patienten kan tillämpa det inlärd. Sjuksköterskan ansvarar också därför att undervisningen också utvärderas efter genomförandet för att säkerställa att patienten tagit till sig informationen och förstått innebörden av den. Allt detta kräver ett aktivt bemötande från sjuksköterskan för att försäkra sig om vad som bäst passar i just den här lärandeprocessen (Leijsgaard Christensen & Huus Jensson, 2004).

Det är också väsentligt att ge patienten möjlighet att förbereda sig med skriftlig information som beskriver exempelvis utförande av en injektionsadministration eller biverkningar av en medicin. Den skriftliga informationen bör också kunna utnyttjas av fler, exempelvis närstående för att ge patienten stöd. Gemensamt är dock att utveckla patientens förmåga att ta vara på sig själv i sin livssituation och öka sin beredskap inför eventuella problem (Leijsgaard Christensen & Huus Jensson, 2004).

Egenvård

Egenvård kan kortfattat uttryckas som: *"... de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla och vanliga symtom, sjukdomar och skador"* (NE, 2011). I litteraturen är definitionen mer komplex än så. För närvarande finns det ingen enhetlig definition, utan egenvård är ett vitt begrepp (Wilkinson & Whitehead, 2009).

I en artikel från Canada (Godfrey, Harrison, Lysaght, Lamb, Graham & Oakley, 2011) utgjorde begreppet egenvård föremål för en innehållsanalys. Många av definitionerna inkluderade termer såsom hälsa, sjukdom och funktionshinder, men även upprätthållande av liv och hälsa. Några enstaka definitioner refererade egenvård till riskbeteende eller undvikande av risk. En annan aspekt som framkom vid innehållsanalysen är att egenvård inte bara kan utföras av den egna individen utan även av andra (Godfrey et al., 2011).

WHO, (2009) beskriver i en rapport egenvård i tre olika nivåer, individuell-, familje- och samhällsnivå. På individuell nivå ingår egna hälsobefrämjande åtgärder rörande bl.a. kost,

motion, hygien och livsstil, men även följsamhet till råd och förskrivningar från sjukvården. Egenvård kan även vara att hjälpa familjemedlemmar. Det kan vara barn, äldre eller handikappade som behöver stöd och assistans i sin egenvård. Även på samhällsnivå kan det skapas förutsättningar för egenvård, t.ex. genom idrott i skolan, rökfria miljöer och genom utbildning och information.

Definitionen av egenvård har inte varit konstant utan har förändrats över tiden. Från 1970-talets kortfattade definitioner fokuserade på hälsa och sjukdom, via 80- och 90-talet då det började inkluderas termer såsom mental hälsa, miljö och socioekonomiska aspekter i begreppet egenvård, till 2000-talets mer omfattande definitioner. Nya aspekter under detta decennium är behovet av att möta sociala, psykologiska och emotionella behov och människors potential, oberoende och anpassningsförmåga (Godfrey et al., 2011).

En omfattande definition presenterades 2005 i Storbritannien där det fastslogs att egenvård är en del av det dagliga livet och inkluderar både individuell egenvård samt vård av andra, t.ex. familjemedlemmar, grannar och vänner. Det är handlingar som främjar god fysisk och mental hälsa, möter upp sociala och psykologiska behov, förebygger sjukdom och olyckor samt upprätthåller hälsa och välbefinnande efter akut sjukdom och sjukhusvistelse (UK Departement of Health, 2005).

Egenvård i Socialstyrelsens författningssamling avser ”...hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra...” (SOSFS, 2009:6, 2 kap., 1§). En mycket viktig del i författningen utgår från patientsäkerhet. Det är väsentligt att göra en riskanalys och samordna och planera men även att informera patienten om vad egenvård innebär. En bedömning av patientens förmåga ska göras och vid behov involvera t.ex. närstående eller socialtjänst om patienten behöver praktisk hjälp att utföra egenvård. Bedömningen ska dokumenteras och följas upp (SOSFS, 2009:6).

Teoretisk grund

Författarna vill förmedla innehållet och resonemanget kring resultatet och då passar Orems egenvårdsteori väl in i sammanhanget. Teorin har sitt ursprung i Dorothea E. Orems egna erfarenheter som sjuksköterska, men även i hennes arbete med att utforma läroplaner för sjuksköterskeutbildning på 1950-talet. Orems egenvårdsteori vägleder sjuksköterskan då den ger en grundläggande beskrivning av begreppet egenvård. Teorin presenterades första gången 1971 (Kirkevold, 2000).

Teorin består av tre olika delteorier; egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Orem beskriver egenvård som ”...care that is performed by oneself for oneself...” (Orem, 2001 s. 149). Egenvård kräver en förmåga att kunna sköta sig själv och påverkas av personens värderande av liv, hälsa och välbefinnande. Egenvården påverkas även av personens kunskapsnivå och förmåga att bedöma och fatta beslut.

Egenvårdsbrist uppstår när egenvårdskraven överstiger individens förmåga att utföra egenvård. När denna brist uppstår finns ett behov av omvårdnad.

Teorin presenterar tre olika omvårdnadssystem, helt kompenserande, delvis kompenserande och det stödande och undervisande systemet. I de tre systemen handlar sjuksköterskan utifrån att agera aktivt, vägleda, ge stöd, erbjuda en miljö som främjar utveckling samt undervisa. Omvårdnadens mål är att så långt det är möjligt hjälpa patienten till självständighet (Orem, 2001).

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hur patienter vårdade på en urologisk slutenvårdsavdelning skattade egen delaktighet och sjukvårdspersonalens information gällande behandling, egenvård och sjukdom.

Frågeställning

Hur skattar patienten informationen som gavs innan respektive under sjukhusvistelsen?
Hur skattar patienten sin delaktighet i vården under respektive efter sjukhusvistelsen?

METOD

Metodval

Då arbetets upplägg godkänns av verksamhetschefen på kliniken (Bilaga V), valdes under april-maj 2011 valdes patienter ut via patientadministreringssystemet Pasett. Patienterna som behandlades på urologavdelningen var både elektivt och akut intagna. Därefter gjordes en journalgranskning av de utvalda för att se om de uppfyllde inklusionskriterierna tills antalet uppgick till 50. Patienterna fick en enkät hemskickad en vecka efter vårdtillfället (Bilaga I). Samtliga patienter som skrevs ut från vårdavdelningen mellan första och tredje veckan i maj deltog i enkäten förutom de som inte uppfyllde inklusionskriterierna. Valet av metod baserade sig på tidigare utförda patientenkäter gällande patienternas uppfattning om framför allt information och delaktighet på vårdavdelningen (Indikator, 2009).

Artiklarna i referenslistan har hämtats från Cinahl och PubMed under sökorden patient information & discharge, patient education & learning & teaching och patient participation och self-care. Författarna har använt sig av Nationalencyklopedin i den engelska översättningen men även via Internet och Google översatt där inte NE varit tillräcklig.

Urval

Inklusionskriterier

Elektivt och akut intagna patienter vårdade på urologisk slutenvårdsavdelning. Faktorer som kön, vårdtid och diagnos hade ingen betydelse för att delta i studien. De inkluderade skrevs ut från avdelningen till eget boende och var samtliga över 18 år.

Exklusionskriterier

Patienter med nedsatt kognitiv förmåga där det i journalen fanns en diagnosticerad demenssjukdom eller kognitiv nedsatt funktion inkluderades inte då författarna önskade att enkäten skulle fyllas i så självständigt som möjligt. Även patienter som bodde på sjukhem eller liknande boendeform exkluderades då det kunde finnas en viss risk att patienten blandade ihop omvårdnaden på boendet och vårdavdelningen. Patienter som inte förstod svenska uteslöts också för att undvika missförstånd kring frågorna och enkätens syfte. De som

efter vårdtiden skrevs ut till rehabiliteringsenheter, hospice eller andra verksamhetsområden uteslöts också pga. nedsatt allmäntillstånd och att då behovet av utförande av egenvård inte var aktuellt vid utskrivningstillfället.

Bortfall

Till enkätbortfall räknades de enkäter som inte återkom. Även de formulär som återkom men inte var ifyllda räknades in i enkätbortfallet. Om en eller flera frågor var obesvarade i en enkät räknades detta som internt bortfall (Ejvegård, 2009). Bortfallen redovisas separat i diagramframställningen.

Tillvägagångssätt och datainsamling

Enkäten skickades ut i tre omgångar en vecka efter utskrivningsdatum. Varje enkät numrerades för att vid behov kunna skicka ut påminnelse. Med enkäten följde ett informationsbrev med namn och telefonnummer till författarna samt ett frankerat och adresserat svarskuvert (Bilaga II). Påminnelsen skickades ut efter 14 dagar (Bilaga III). Endast en påminnelse per patient skickades ut då svar inte inkommit per patient. Totalt 50 st. enkäter skickades ut under en tidsperiod på tre veckor. Den totala datainsamlingsperioden uppgick till sex veckor. Beslut togs att skicka enkäten per post istället för att dela ut den i anslutning till utskrivningen. Detta för att minska risken för ofrivillig påverkan då författarna varit delaktiga i omvårdnaden av ett flertal patienter samt haft tidigare kontakt med patienterna vid andra vårdtillfällen (Bilaga I). Svarskuverten öppnades först sedan listan med löpnummer kasserats för att säkerställa patienternas anonymitet.

Design

Enkäten har designats av författarna med utgångspunkt från frågeställningar uppdelade i tre områden; information, delaktighet och egenvård (Bilaga I). Dock inleddes enkäten med demografiska uppgifter såsom kön, ålder, civilstånd och antal vård dagar. Författarna bad också patienterna uppge orsak till sjukhusvistelsen. Enkäten är upplagd med slutna svarsalternativ för att statistiskt kunna bearbeta svaren och antalet frågor uppgick till nio stycken. Detta uppskattade detta till ett lämpligt antal, där antalet frågor inte var för stort och det gav samtidigt svar på våra frågeställningar.

Bearbetning och analys

Enkäten bearbetas statistiskt i Excel (Microsoft®) där frågornas svarsfrekvens och framgår i stolpdigram. Enkätens inledande demografiska frågor bearbetas och redovisas i tabellform.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Upplägget har godkänts av verksamhetschefen på kliniken (Bilaga V) samt övrig vårdpersonal har informerats om studien. Patienterna delgavs skriftlig information om enkäten där det verifierades att deltagandet var frivilligt, att medverkan när som helst kunde avbrytas och att det garanterades anonymitet i sammanställningen. Enkäten skickades hem till patienterna och besvarades konfidentiellt. Förklarande följebrev bifogades samt frankerat svarskuvert. Etiskt tillstånd har inte sökts för studien då den är ett studentarbete utfört som ett förbättringsarbete. Våra etiska överväganden resulterade i att enbart skicka en påminnelse. Enkätutskicken behandlades konfidentiellt i en kodlista för att kunna skicka påminnelse vid uteblivna svar. I sammanställningen garanterade författarna full anonymitet i och med att kodlistan förstördes innan samtliga svarskuvert öppnades.

RESULTAT

Totalt svarade 40 patienter på enkäten vilket är ett svarsresultat motsvarande 80 procent. Övriga demografiska fakta redovisas i tabellen nedan. Patienterna som deltog i studien fick svara på frågan om orsak till inläggning och därav framkom om patienterna vårdats akut eller skrivits in elektivt. Den patientkategori som till största delen behandlades på urologkliniken var män i övre medelåldern (Pasett, 2011).

Tabell 1

Demografiska fakta	N=40 (procent)
Kön	
Man	31 (78 %)
Kvinna	9 (22 %)
Ålder	
31-49	3 (6 %)
50-69	27 (68 %)
70-86	10 (25 %)
Civilstånd	
Ensamboende	8 (20 %)
Gift/sammanboende	32 (80 %)
Typ av vård	
Elektivt intag	32 (80 %)
Akut intag	8 (20 %)
Antal vård dagar	
1-4	27
5-7	4
8-24	7
Bortfall	2

Information

Fråga 1 - 3

På fråga 1 svarade 31 patienter att de fått information om sin sjukdom innan sjukhusvistelsen. Tre patienter uppgav att de delvis fått information. Sex patienter uppgav att de inte fått information och av dessa var fem akut intagna.

Fråga 2 behandlade frågan om förberedelser inför undersökningar där 32 av respondenterna kände sig helt nöjda med den information som gavs under vårdtiden. Sex patienter kände sig delvis nöjda och två patienter ansåg sig inte nöjda och svarade nej på frågan.

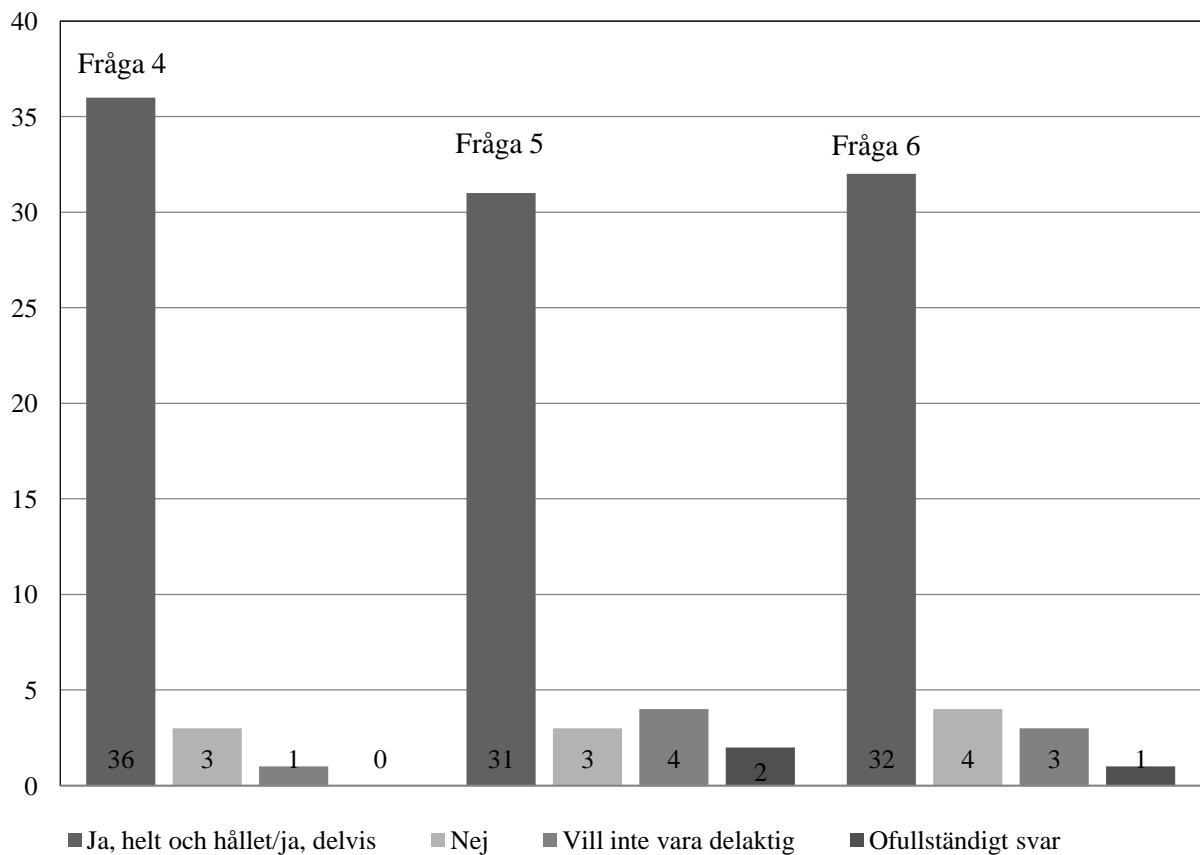
Gällande information om provsvar och svar på utförda undersökningar (fråga 3) svarade 18 av patienterna att de fått ett fullständigt svar och 16 ett delvis fullständigt svar. Sex patienter hade inte fått svar på prover som tagits eller undersökningar som utförts. Av dessa var fem elektivt intagna och en patient akutinlagd.

Delaktighet

Fråga 4 behandlar frågan om delaktighet gällande basala frågor rörande bl. a. kost och den personliga hygienerna där 36 av samtliga patienter ansåg sig delaktiga och tre svarade att de inte kände sig delaktiga. Gällande delaktighet i sjukvårdande åtgärder skattade 31 patienter upplevd/delvis upplevd delaktighet och även här svarade tre nej på fråga 5. Fyra patienter sa sig inte vilja vara delaktiga. Fråga 6 som rör delaktighet i beslut om behandling ansåg 32 att de kände sig delaktiga eller delvis delaktiga och fyra av patienterna uppgav att de inte alls varit delaktiga. Bortfall i fråga 4 var 1 patient, fråga 5 två och fråga 6 1 patient.

Figur 1

Delaktighet



Fråga 4: Har du känt dig delaktig i vården under tiden på sjukhuset gällande exempelvis måltiderna eller frågor rörande den personliga hygien?

Fråga 5: Har du känt dig delaktig i vården under tiden på sjukhuset gällande genomförandet av sjukvårdande åtgärder, ex såromläggningar eller spolning av urinkateter?

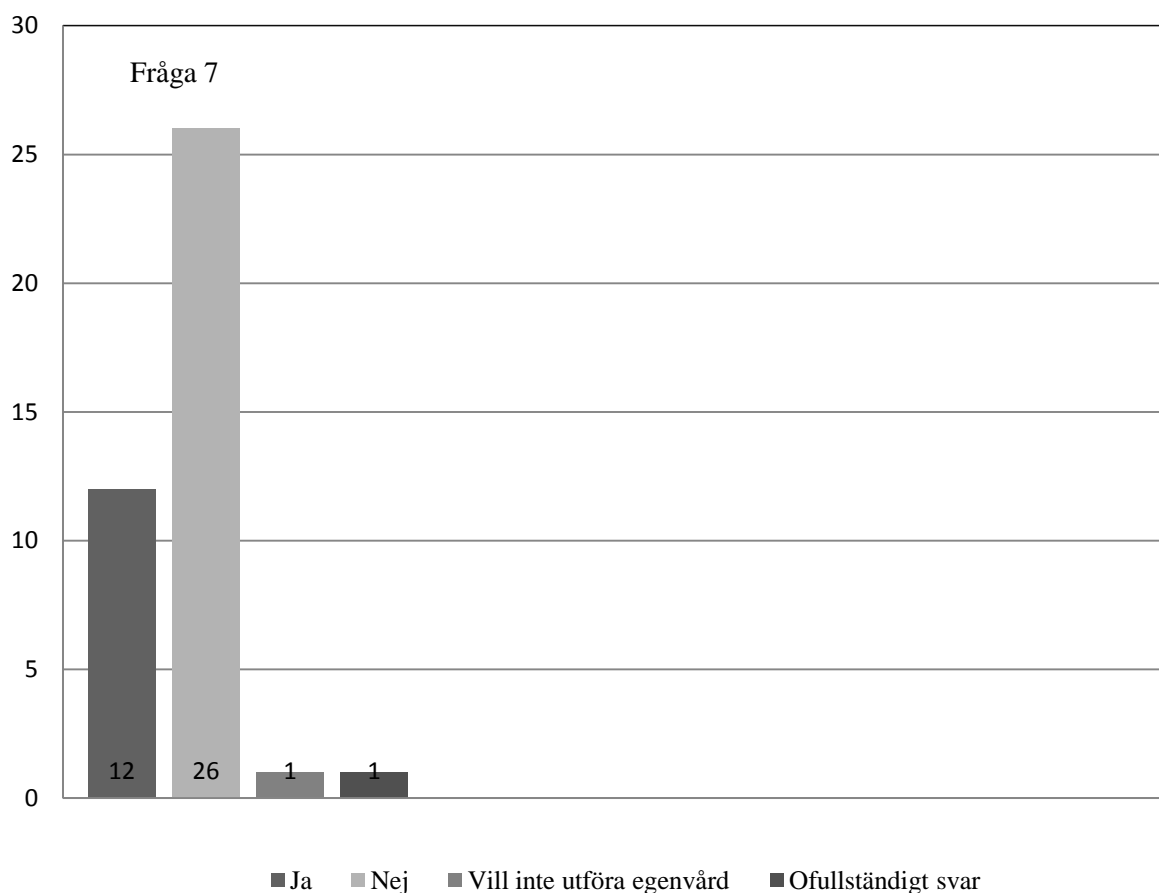
Fråga 6: Har du känt dig delaktig i beslut rörande din fortsatta behandling?

Egenvård

Fråga 7 behandlar frågan om utförd egenvård i figur 2 där 12 patienter uppger att de utfört egenvård i hemmet och jämförelsevis 26 patienter har inte utfört egenvård.

Figur 2

Utförd egenvård



Fråga 8 och 9 behandlas i tabell 2 som rör information/introduktion och delaktighet inför egenvård. 16 patienter ansåg sig varit delaktiga i information om egenvård och 25 patienter kände sig trygga med den informationen. Åtta patienter kände sig inte delaktiga och en patient kände sig inte trygg för att kunna genomföra egenvård. 12 patienter uppgav att de inte fått någon information om egenvård. Både fråga 8 och 9 hade ett bortfall på 3 resp. 2 patienter.

Tabell 2

	Fråga 8	Fråga 9
Ja	16	25
Nej	8	1
Vill inte vara delaktig	1	0
Har inte fått information om egenvård	12	12
Oklart svar	3	2

Fråga 8: Har du känt dig delaktig rörande information/introduktion om egenvård, exempelvis urinkateterhantering eller sårskötsel, utförd efter sjukhusvistelsen?

Fråga 9: Känner du dig trygg med den information/introduktion du fått av sjukvårdspersonalen för att kunna genomföra egenvård?

METODDISKUSSION

Initialt övervägde författarna att göra en kvalitativ intervjustudie men tidsaspekten var en avgörande faktor som inte tillät ett mer omfattande upplägg. Då en enkät skulle ta mindre tid i anspråk att göra och bearbeta (Trost, 2007) valdes därför denna metod. Även tiden avgjorde valet att inte göra en pilotomgång för att där se om enkäten var förståelig och ändamålsenlig. För att få en så hög svarsfrekvens som möjligt gjordes inte enkäten för omfattande då det ofta ger en lägre svarsfrekvens (Ejvegård, 2009). Enkäten gav svar på de frågor som ställts, men visade sig vara trubbigt instrument då variation av åsikter uteblev.

Ett flertal av frågorna borde ha utformats med en följdfråga eller öppen fråga efter för att ge möjlighet till personliga kommentarer och reflektioner. Det hade gett författarna ytterligare dimension till resultatet och kommentarer hade kunnat läggas till för att förstärka vissa delresultat och gjort presentationen livligare. Frågan är också om urvalet är representativt då underlaget från början är litet och varje bortfall blir av stor betydelse. I ett eventuellt förbättringsarbete skulle det vara fördelaktigt att få varierade svar som hjälp (Fagermoen & Hamilton, 2005). Frågorna kunde också ha utformats positivt och negativt för att säkerställa att patienterna svarade efter att noggrant ha läst och reflekterat över frågorna (Fagermoen & Hamilton, 2003).

Vad gäller utformandet har det i fråga 1-3 inte getts patienterna valmöjlighet att inte vilja ha information eller avstå frågan. Nyckelbegreppen egenvård och delaktighet kunde ha beskrivits tydligare då det förmodligen inte är begrepp som patienter i dagligt tal använder och nödvändigtvis inte har samma betydelse som författarna. Fråga 7 och 8 visar att så kan vara fallet.

Ett flertal faktorer kan ha påverkat resultatet. Datainsamlingen gjordes under en mycket kort tid och faktorer i personalgruppen såsom sjukfrånvaro, vikarier och vårdtyngd på avdelningen kan ha spelat en avgörande roll för utfallet av vissa frågor. Skillnaden mellan de två grupperna av intagna patienter är 20 procent akuta mot 80 procent elektiva under perioden för enkätutskicket och motsvarar inte tidigare uppmätt beläggningsstatistik. Vanligtvis ligger fördelningen mellan akut och elektiva patienter på 50 procent vardera. Även arbetsbelastning på andra enheter, akutmottagning, röntgen och operation, som avdelningen är beroende av kan avspeglade sig i enkäten under en kortare period.

Författarna kan ha haft påverkan på resultatet genom sin delaktighet i patientens omvårdnad under tiden, då medvetenheten om eget agerande gentemot patienterna rörande information och delaktighet blev tydligt. Det kan också ha medfört att patienterna kände sig tvingade att delta vilket eventuellt gav studien en högre svarsfrekvens än vad den annars fått.

RESULTATDISKUSSION

Kommunikation/information

Resultatet från enkätens första fråga visar att de flesta av patienterna var nöjda med informationen de fått om sin sjukdom innan de lades in på avdelningen. Svaret styrker att informationen är väl anpassad för patienternas önskemål. Då patienterna som svarat har olika bakgrund framgår dock inte vad som döljer sig i svaret, dvs. om de hade någon förförståelse. Omfattningen av informationen patienterna fått eller på vilket sätt informationen har getts är okänd för författarna. För patienten med långvariga besvär där en utredning påbörjats kan bekräftelse på sina symtom och problem medfört att personen svarat jakande på frågan. För de patienter som går på regelbundna kontroller kan behovet av information se annorlunda ut då patienten redan har erfarenhet och kan vara nöjd av annan anledning. Den information som ges på urologkliniken innefattar vanligtvis både muntlig och skriftlig information vilket ökar också patienternas möjlighet att få en så sammanhållen bild som möjligt. Informationen som används är av standardiserad utformning som ges både skriftligt och muntligt. Enbart skriftlig information räcker oftast inte för att svara på frågor och ge trygghet (Burt et al., 2005). Det strukturerade ankomstsamtal spelar en viktig roll redan vid inskrivningen som förstärks av den skriftliga informationen (Fagermoen & Hamilton, 2003) och svaren visar att urologkliniken agerar enligt patienternas önskemål.

Under vistelsen på vårdavdelningen genomförs ett flertal undersökningar vilket handlar om mer vanligt förekommande åtgärder som blodprovstagning och röntgen men även av mer behandlade art såsom inläggning av nefrostomikateter i njuren och cytostatikabehandling av urinblåsan. Inför undersökningar ges i de flesta fall muntlig information och i vissa fall skriftlig. Fråga två i enkäten visar att 38 av patienterna kände sig helt eller delvis nöjda med informationen och att bara två av respondenterna angav att de inte fått tillräckligt med information om förebberedelserna. Resultatet stärker bilden av att vårdpersonalen informerar patienterna på ett sätt så att patienterna verkligen förstår vad som sagts och att innehållet i informationen är korrekt. Det talar också för att vårdpersonalen på avdelningen är väl insatta i undersökningarna som utförs och att de vidarebefordrar den informationen till patienterna.

Den tredje frågan i enkäten berör information om provsvar innan hemgång. 18 patienter uppgav att de fått ett fullständigt svar innan hemgång men att nästan lika stor del, 16 patienter, svarade att de delvis fått fullständig information innan utskrivning från vårdavdelningen. Orsaken är att många patienter som opereras på urologkliniken inte får ett fullständigt besked innan hemgång. Oftast handlar det om ett PAD-svar som blir färdiganalyserat efter 3-4 veckor och som beskriver utfallet av vävnadsprov som tagits under

operationen/undersökningen. Patienten får därför beskedet på återbesöket. Saegrov & Harding (2004, s. 148) beskriver i sin studie patienternas upplevelser innan diagnos, *"The time of waiting was absolutely terrible. You know, when you just have to wait – there are many thoughts that pop up into your head. You imagine the worst, and you're certain you're going to die, and that it's only going to go one way. . . . You're not exactly capable of getting anything done either – you're only thinking about your own problems. It was the first period, when everything was so uncertain. I really thought that was the worst of all"*. Svaret i enkäten visar inte vilka provsvar som delgivits patienten och hur patienten upplevde att skrivs ut utan fullständig vetskap om sin situation vilket är en svaghet. En öppen fråga kunde medfört hur de 16 patienterna upplevde frånvaron av provsvar och fullständig diagnos och då gett en sannare bild av patienternas uppfattning.

Delaktighet och egenvård

Egenvård

På fråga sju har nästan en tredjedel av patienterna uppgett att de utfört egenvård i hemmet. Svaret i sig säger inte så mycket, utan här hade ett tillägg av en öppen fråga kunnat ge en mer detaljerad bild. Det hade varit av intresse att veta vilken typ av egenvård som utförs efter utskrivning. Det framkommer inte heller om patienten utfört den självständigt eller med hjälp av andra t.ex. anhöriga och primärvården. En studie visar att egenvård av urinkateter efter prostataoperation sköttes lika ofta gemensamt med nära anhörig som av patienten själv. I vissa fall sköttes egenvården helt av den anhöriga (Butler, Downe-Wamboldt, Marsh, Bell & Jarvi, 2001).

Med de korta vårdtider som är idag räcker inte tiden till för att vården ska vara helt avslutad när patienten går hem och därmed finns kravet på att patienterna ska utföra egenvård i hemmet. Egenvården som patienterna förväntas utföra efter utskrivning från en urologavdelning, handlar nästan uteslutande om kateterskötsel, såromläggning och administrering av läkemedel. Här fanns ett behov av tydliga riktlinjer för bedömning av egenvårdsförmågans så att vårdpersonalen att i enlighet med lagen säkerställa att egenvården blir säker och utan risk för patienten (SOSFS, 2009:6).

Rutinen som finns idag är att patienterna självständigt får träna på avdelningen och ges muntlig och skriftlig information innan utskrivning. I stället för aktiv uppföljning från vårdgivarens sida efter utskrivning ombeds patienterna själva ringa om problem uppstår. Detta förutsätter att de faktiskt har fått tillräcklig kunskap och vet när det är dags att ta kontakt. Deltagarna hade i enkäten kunnat få en fråga om det uppstått problem eller komplikationer efter utskrivning för att få veta om behovet fanns av aktiv uppföljning från avdelningens sida. Omprövning och uppföljning av egenvården ska enligt lag ske om det inte är direkt uppenbart att inget behov finns av detta (SOSFS, 2009:6).

Att utveckla rutinerna med utgångspunkt från en omvårdnadsteori skulle kunna stärka riktlinjerna och underlätta bedömningen av egenvårdsförmågan och uppföljning (Lindblom & Thulin, 2004). Dorothea Orem har utvecklat en teori som passar bra för detta ändamål. Utifrån patientens behov och egenvårdsförmåga göra en bedömning om det finns en egenvårdbrist som kräver aktiva eller stödjande omvårdnadsåtgärder (Orem, 2001, Lindblom & Thulin, 2004). En sådan bedömning kan då leda till att fler patienter får en mer aktiv uppföljning t.ex. via telefon. En studie visar att telefonuppföljning med utgångspunkt från Orem's modell resulterar i att problem efter utskrivning oftast kan lösas med stödjande och vägledande åtgärder och endast ett fåtal problem krävde agerande som t.ex. boka ett återbesök eller läkarsamtal (Closson, Mattingly, Finne & Larsson, 1994). Huruvida detta skulle minska återinläggning på omnämnd avdelning är svårt att veta utan ytterligare analyser.

En intressant iakttagelse i resultatet är att trots att endast 12 stycken patienter uppgav att de utfört egenvård så känner 16 stycken sig delaktiga i informationen kring egenvård och hela 25 stycken känner sig trygga med den information de fått. Detta är dubbelt så många som faktiskt angett att de utfört egenvård. Här kommer frågeställningen upp om begreppen egenvård och delaktighet inte har förståtts av patienterna? Kan det vara så att allmän postoperativ information har tolkats som egenvård?

Delaktighet

Frågorna fyra till sex berör delaktighet och visar att de allra flesta patienterna kände sig delaktiga i vården under tiden på sjukhuset. Det är ett bra resultat och ligger helt i linje med lagstiftningen (Socialstyrelsen, 2012).

Trots det goda resultatet finns det områden att utveckla. När det gäller den basala omvårdnaden känner sig så gott som alla delaktiga. Utvecklingen ligger då mer kring den specifika omvårdnaden, det som gör att patienten faktiskt befinner sig på sjukhuset. Fyra stycken, vilket i den här enkäten motsvarar 10 procent, uppgav att de inte känt sig delaktiga i vården gällande sjukvårdande åtgärder. Om det resultatet verkligen motsvarar verkligheten är det många patienter som inte känner sig delaktiga kring den specifika omvårdnaden.

Studier visar att få ta del och utföra vård själv under sjukhusvistelsen är en viktig del i att känna sig delaktig (Eldh, 2010, Larsson et al., 2007). Varför färre patienter känner delaktighet kring just specifik omvårdnad är svårt att veta, men faktorer som avdelningens uppbyggnad och arbetssätt kan vara en förklaring. Faktorer som påverkar delaktigheten negativt är brist på tid och kontinuitet (Sahlsten et al., 2005) och då avdelningen har en flexibel arbetstidsmodell och hög patientomsättning är det omständigheter som kan påverka resultatet. En annan faktor är att sjuksköterskor med bristande erfarenhet och kunskap har svårare att involvera patienten. Bristande kunskap hos vårdpersonalen leder till osäkerhet och ökar behovet att själv ta kontroll (Sahlsten et al., 2005, Soleiman et al., 2010). För att komma tillrätta med dessa hinder måste det till en attitydförändring och acceptans att det tar tid att bygga förtroendet och involvera patienten. Det borde dessutom vara lika självklart för erfarna sjuksköterskor att hjälpa och stödja oerfarna kollegor i delaktighet (Sahlsten et al., 2005).

Slutsats

Författarna drar slutsatsen att patienterna på vårdavdelningen i hög grad upplever att de känner sig välinformerade samt delaktiga i sin vård. Därmed har det tydliggjorts vårdpersonalens kapacitet att genomgripande uppmärksamma patientens behov och därefter delge rätt information samt bidra till att patienten görs delaktig. Behovet av egenvård bör ytterligare tydliggöras. Patienten kan med rätt stöd då ges möjlighet att genomföra egenvård och återta den egna autonomin efter en sjukhusvistelse.

Vidare forskning

Inom begreppen egenvård och patientutbildning finns områden som är i behov av utveckling. Sjuksköterskans roll som pedagog i en lärandesituation behöver belysas och utvecklas vidare med hjälp av en mer genomgående kartläggning. Även betydelsen av närståendes engagemang och roll i utförande av egenvård behöver beskrivas. Författarna föreslår som vidare forskning att med kvalitativ metod genomföra en intervjustudie av patient och närstående. Generellt behövs mer forskning för att vidare utveckla metoder i syfte att underlätta sjuksköterskans roll som kommunikatör.

REFERENSLISTA

- Burt J., Caelli K., Moore K., & Anderson M. (2004). Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs, *Journal of Clinical Nursing*, 14, 883-89.
- Butler, L., Downe-Wamboldt, B., Marsh, S., Bell, D., & Jarvi, K. (2001). Quality of life post radical prostatectomy: a male perspective. *Urologic Nursing*, 21(4), 283-288.
- Centrala etikprövningsnämnden, Datainspektionen, Socialstyrelsen & Statistiska centralbyrån (2009). *Personuppgifter i forskningen - vilka regler är det som gäller?* Hämtat 10 februari, 2011, från Socialstyrelsen:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17859/2009-12-8.pdf>
- Closson, B. L., Mattingly, L. J., Finne, K. M., & Larsson, J. A. (1994). Telephone follow-up program evaluation: application of Orem's self-care model. *Rehabilitation Nursing*, 19(5), 287-292.
- Ejvegård, R. (2009). *Vetenskaplig metod*. (4:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A.-C. (2006). *Patient participation – what it is and what it is not*. (Doktorsavhandling Örebro universitet).
- Eldh, A.-C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2010). A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, (21), 21-32.
- Fagermoen M., & Hamilton G. (2003). Preparing patients for urological surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 281-290.
- Fagermoen M., & Hamilton G. (2006). Patient information at discharge – a study of a combined approach. *Patient Education and Counseling*, 63(1), 169-176.
- Finch, W., Rochester, M., & Mills R. (2009). A randomised trial of conventional versus BAUS procedure-specific consent forms for transurethral resection of prostate. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 91(3), 232–238.
- Förenta Nationerna (FN), (1948). *Universal Declaration of the Human Rights*. Hämtad den 6 februari, 2011, från FN:
<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=swd>
- Ghulam A., Kessler M., Bachmann L., Haller U., & Kessler T. (2006). Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey in Switzerland. *Mayo Clinic proceedings*, 81(3), 307-312.
- Godfrey, C. M., Harrison, M.B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I.D., & Oakley, P. (2011). Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(1), 3-24.
- Hage Enehaug, I. (2000). Patient participation requires a change of attitude in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(4-5), 178-181.

- Hamrin E. (1997). Florence Nightingale – en granskning I nutida perspektiv. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.
- Heaney F. & Hahessy S. (2011). Patient satisfaction with an orthopedic pre-operative assessment clinic. *International Journal of Orthopedic and Trauma Nursing*, 15(2), 82-91.
- Hård af Segerstad, P. (2002). *Kommunikation och information. En bok om människans förmåga att tala, tänka och förstå*. Uppsala: Uppsala Publishing House AB.
- Indikator – institutet för kvalitetsindikatorer. (2009). Hämtad den 13 mars 2011 från Indikator:
<http://www.indikator.org/>
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering (2:a uppl.)* Lund: Studentlitteratur AB.
- Klang Söderkvist, B. (2003). Fokusrapport. *Patientens lärande*. Stockholm: Stockholms Läns Landsting (SLL).
- Larsson, I.E., Sahlsten, M.J., Sjöström, B., Lindencrona, C.S., & Plos, K.A. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313-320.
- Leijsgaard Christensen, S., & Huus Jensen B. (2004). *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindblom, E., & Thulin, H. (2004). Reflektioner kring Urologisk Omvårdnad. *Vård i Norden*, 24(2), 48-51.
- Nationalencyklopedin (NE). (2011). Hämtad den 12 mars 2011 från Nationalencyklopedin:
<http://www.ne.se/sok/egenv%C3%A5rd?type=NE>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Saegrov S. & Halding A-G. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer Care*, 13(2), 145-153.
- Sahlsten, M.J., Larsson, I.E., Plos, K.A., & Lindencrona, C.S. (2005). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 223-229.
- Sahlsten, M.J., Larsson, I.E., Sjöström, B., & Plos, K.A. (2009). Nurse strategies for optimizing patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 490-497.
- Sainio, C., & Lauri, S. (2003). Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 250-260.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 31 december, 2011, från:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Hämtat 6 februari, 2011, från:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659>

Sheard C. & Garraud P. (2006). Evaluation on generic patient information: effects on health outcomes, knowledge and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 43-47.

Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal - aktuell från 1 januari 2012*. Hämtat 8 april, 2012, från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-5>

Socialstyrelsen. (2006). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Hämtat 8 april, 2012, från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-101-2>

Soleimani, M., Rafii, F., & Seyedfatemi, N. (2010). Participation of patients with chronic illness in nursing care: an Iranian perspective. *Nursing and Health Sciences*, 12(3), 345-351.

SOSFS 2005:12. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i Hälso- och sjukvården. Hämtat 6 mars, 2011, från Socialstyrelsen:

http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf

SOSFS 2009:6. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Hämtat 9 oktober, 2011, från:

<http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6>

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2005). *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 6 februari, 2011, från Svensk Sjuksköterskeförening:

<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF). (2007). *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm: Gothia förlag

Trost, J. (2007). *Enkätboken* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur

UK Department of Health. (2005). *Self-care – a real choice: self care support – a practical option*. London: DH Publications Orderline. Hämtat den 9 oktober, 2011, från UK

Department of Health:

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf

WHO. (1994). *A Declaration On The Promotion Of Patients' Rights In Europe*. Hämtad den 6 februari, 2011, från WHO:

http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf

WHO. (2004). *Strategy 2004-2007eHealth for Health-care Delivery*. Hämtad den 31 december, 2011, från WHO:

http://www.who.int/eht/en/eHealth_HCD.pdf

WHO. (2009). *Self-care in the context of primary health care: report of the regional consultation Bangkok, Thailand, 7–9 January 2009*. New Delhi. Hämtad den 9 oktober, 2011, från WHO:

http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_System_Strengthening_SEA-HSD-320.pdf

Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1143-1147.

Patientenkät om information och delaktighet

Födelseår: _____

Man Kvinna

Bor ensam Bor med annan, make/maka/sambo

Antal vård dagar: _____

Vad har du behandlats för?

Behandlas du för någon annan sjukdom som påverkar dig i ditt dagliga liv?

Ja Nej

1. Fick du den information du önskade om din sjukdom innan sjukhusvistelsen?

Ja, helt och hållet

Ja, delvis

Nej

2. Känner du dig nöjd med den förberedande information du fick om de undersökningar och behandlingar som genomfördes under sjukhusvistelsen?

Ja, helt och hållet

Ja, delvis

Nej

3. Fick du svar på prover/undersökningar som gjordes i samband med sjukhusvistelsen?

Ja, helt och hållet

Ja, delvis

Nej

4. Har du känt dig delaktig i vården under tiden på sjukhuset gällande exempelvis måltiderna eller frågor rörande den personliga hygien?

- Ja, helt och hållet
- Ja, delvis
- Nej
- Vill inte vara delaktig

5. Har du känt dig delaktig i vården under tiden på sjukhuset gällande genomförandet av sjukvårdande åtgärder, ex såromläggningar eller spolning av urinkateter?

- Ja, helt och hållet
- Ja, delvis
- Nej
- Vill inte vara delaktig

6. Har du känt dig delaktig i beslut rörande din fortsatta behandling?

- Ja, helt och hållet
- Ja, delvis
- Nej
- Vill inte vara delaktig

7. Har du utfört egenvård, exempelvis kateterhantering eller sårskötsel, efter sjukhusvistelsen?

- Ja
- Nej
- Vill inte genomföra egenvård

8. Har du känt dig delaktig rörande information/introduktion om egenvård, exempelvis urinkateterhantering eller sårskötsel, utförd efter sjukhusvistelsen?

- Ja, helt och hållet
- Ja, delvis
- Nej
- Vill inte vara delaktig
- Har ej fått information om egenvård

9. Känner du dig trygg med den information/introduktion du fått av sjukvårdspersonalen för att kunna genomföra egenvård?

Ja, helt och hållet

Ja, delvis

Nej

Vill inte genomföra egenvård

Har ej fått information om egenvård

Bäste patient!

Vi heter Sonja Andersson och Åsa Bäärnhelm och är sjuksköterskor som studerar omvårdnad/vårdvetenskap grundnivå vid Sophiahemmets Högskola och är anställda på XXX-kliniken XXX-sjukhuset. Till vårt examensarbete, omfattande 15 högskolepoäng, har vi valt att studera hur patienten vårdad på XXX-kliniken upplever information och delaktighet.

I brevet medföljer en enkät som vi önskar att du besvarar och returnerar i bifogat frankerat kuvert. Vi garanterar att dina svar behandlas anonymt. Intervjun är helt frivillig och du kan när du vill avsäga dig din medverkan.

Med vänlig hälsning

Sonja Andersson

Åsa Bäärnhelm

Påminnelse

För en tid sedan fick du en patientenkät i brevlådan. Om du har möjlighet ber vi dig fylla i och skicka in enkäten i bifogat svarskuvert.

Med vänlig hälsning

Sonja Andersson

Åsa Bäärnhielm

Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll

Arbetstitel: Urologpatientens skattning av information och delaktighet gällande egenvård.

Mot bakgrund av de lagar som styr sjukvården samt XXX-sjukhusets årligen genomförda patientenkät har vi valt att undersöka patienternas upplevelser av delaktighet och information kring egenvård.

Syftet med arbetet är att via patientenkät beskriva hur elektivt vårdade patienter på en urologisk slutenvårdsavdelning skattar sjukvårdspersonalens information och sin egen delaktighet gällande behandling, egenvård och sjukdom

Frågeställningar:

Hur skattar patienten informationen som gavs innan respektive under sjukhusvistelsen?

Hur skattar patienten sin delaktighet i vården under respektive efter sjukhusvistelsen?

Datansamlingsmetod utgörs av 50 patientenkäter som skickas till patienter utskrivna från en urologisk avdelning. Enkäten beräknas delas ut under en treveckorsperiod med en påminnelse vid uteblivit svar efter två veckor. Informationsbrev och färdigfrankerat kuvert medföljer enkätutskicket.

Bilaga V 1 (3)

Stockholm 2011-01-19

Till verksamhetschef

XXX

XXX-kliniken

XXX-sjukhuset

Vi heter Sonja Andersson och Åsa Bäärnhielm och är sjuksköterskor som studerar omvårdnad/vårdvetenskap grundnivå vid Sophiahemmet Högskola. Till vårt examensarbete, omfattande 15 högskolepoäng, har vi valt att studera delaktighet ur ett patientperspektiv (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och upplägg). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid XXX-kliniken, XXX-sjukhuset.

Om Du godkänner att studien genomförs vid XXX-kliniken, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid XXX-kliniken är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students E-postadress

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande

Handledares telefonnummer

Students namnteckning

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students E-postadress

SAMMANFATTNING AV ARBETETS UPPLÄGG OCH INNEHÅLL

Arbetstitel: Urologpatientens upplevelser av information och delaktighet gällande egenvård.

Mot bakgrund av de lagar som styr sjukvården samt XXX-sjukhusets årligen genomförda patientenkät har vi valt att undersöka patienternas upplevelser av delaktighet och information kring egenvård.

Syftet med arbetet är att via patientenkät beskriva hur elektivt vårdade patienter på en urologisk slutenvårdsavdelning skattar sjukvårdspersonalens information och sin egen delaktighet gällande behandling, egenvård och sjukdom

Frågeställningar:

Hur skattar patienten informationen som gavs innan respektive under sjukhusvistelsen?

Hur skattar patienten sin delaktighet i vården under respektive efter sjukhusvistelsen?

Datansamlingsmetod utgörs av 50 patientenkäter som skickas till patienter utskrivna från en urologisk avdelning. Enkäten beräknas delas ut under en treveckorsperiod med en påminnelse vid uteblivit svar efter två veckor. Informationsbrev och färdigfrankerat kuvert medföljer enkätutskicket.

Jag godkänner härmed att Sonja Andersson och Åsa Bäärnhelm får utföra studien ”Urologpatienters skattning av information och delaktighet” på kliniken under tidsperioden januari 2011– juni 2012.

Ort, datum

Namn-teckning, Verksamhetschef

Namn-förtydligande