

# **DELAKTIGHET**

Faktorer av betydelse för äldre patienters delaktighet i sin vård

<b>FÖRFATTARE</b>	Anna Klingberg
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete
	HT 2008
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Margaretha Jerlock
<b>EXAMINATOR</b>	Margareta Warrén Stomberg

Titel (svensk):	Delaktighet - faktorer av betydelse för äldre patienters delaktighet i sin vård
Titel (engelsk):	Participation-important factors for elderly patients participation in their care
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN10
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	19 sidor
Författare:	Anna Klingberg
Handledare:	Margaretha Jerlock
Examinator:	Margareta Warrén Stomberg

---

## SAMMANFATTNING

Patienters rätt till delaktighet i sin vård är lagstadgad och patienters rättigheter har stärkts under de senaste decennierna. Delaktighet har i tidigare forskning visat sig vara svårt att definiera och att sjuksköterskor och patienter ofta skattar patientens vilja att vara delaktig olika. Syftet med litteraturstudien var att få fördjupad kunskap om vilka faktorer som är av betydelse för äldre patienters delaktighet i sin vård. Litteraturöversikten bygger på tio vetenskapliga artiklar mellan åren 1997-2008. Dessa analyserades med hjälp av innehållsanalys. Fyra teman framkom som betydande faktorer för delaktighet. Dessa var information/undervisning, ett samarbete mellan patient och sjuksköterska, assisterad autonomi och att se personen bakom patientrollen. Att vara delaktig i sin omvårdnad visade sig inte bara handla om att vara delaktig i beslut utan även en känsla av kontroll och begriplighet. För att patienter ska kunna känna sig delaktiga bör de ha information om sitt tillstånd och om sin behandling, men även information om vad som händer. Det framkom att delaktighet kan ske även om patienten har nedsatt förmåga att handla fysiskt. Detta kan ske genom att sjuksköterskan utövar delegerad autonomi vilket innebär att handla i enlighet med hur patienten skulle ha gjort om den hade haft den fysiska kapaciteten. För att detta ska bli möjligt måste sjuksköterskan veta vem patienten är. En relation mellan patient och sjuksköterska visade sig vara grundläggande för att patienter ska känna sig bekväma med att uttrycka sina behov och önskningar och för att sjuksköterskan ska kunna utforma omvårdnaden i enlighet med patientens önskemål. Litteraturöversiktens resultat visar på att hur vi gör patienter delaktiga i vården är något vi behöver reflektera över. Resultatet pekar även på vikten av att sjuksköterskor inser att känslan av att vara delaktig är viktig oavsett ålder eller tillstånd, men att hur man är delaktig kan se olika ut.

# INNEHÅLL

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Historik	1
Lagar och kompetensbeskrivning	1
Äldre patienter	2
Delaktighet	2
Autonomi	2
Tidigare forskning	2
Relationens betydelse för delaktighet	4
<b>SYFTE</b>	<b>5</b>
<b>METOD</b>	<b>5</b>
Tabell 1	5
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
Information/undervisning	7
Samarbete	9
Assisterad autonomi	10
Att se personen bakom patientrollen	11
<b>DISKUSSION</b>	<b>12</b>
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
<b>REFERENSER</b>	<b>17</b>
<b>Bilaga 1. Artikelsammanfattning</b>	

## INTRODUKTION

I de allra flesta vårdformer är patienter över 65 år den största patientgruppen och detta är dessutom en patientgrupp som stadigt ökar då befolkningen blir allt äldre. Kunskap om äldre patienter är därför betydelsefullt för alla sjuksköterskor oavsett vilket område man jobbar inom. Alla patienter har rätt till delaktighet i sin vård oavsett ålder eller tillstånd. Som sjuksköterska har man ett stort ansvar för att främja patienters delaktighet i vården. Hur detta görs upplever jag emellertid inte som självklart och jag är därför i den här litteraturstudien intresserad av att få en fördjupad bild av hur man främjar delaktighet och vad som är av betydelse.

## BAKGRUND

### Historik

Under 1900-talets början var sjukhusen en sluten värld där patienterna förväntades överlämna ansvaret för vården till personalen (Söderbäck, 1999). Sjukvården hade en biologisk inriktning där patienten sågs som ett objekt som skulle ”repareras” och patienten hade inte någon egen talan och beslutanderätt. Under 1970-talet blev sjukvården starkt kritiserad för inhumana förhållanden och detta ledde till att hälso- och sjukvårdslagen skrevs om (SFS 1982:763). Patienten nämndes i lagen för första gången och lagen reviderades 1998 för att ytterligare stärka patientens rättigheter. Idag ska patienten enligt lagen ses som en egen person och ett subjekt med ansvar och rättigheter samt rätt till delaktighet. Patienters rättigheter har stärkts och vården har utvecklats mot ett mer patientcentrerat förhållningssätt (Fridell, 1998).

### Lagar och kompetensbeskrivning

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står det att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor beskriver att sjuksköterskan ska ha förmåga att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Sjuksköterskan ska i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005). I en rapport av socialstyrelsen (2003) framkommer att frågor som har rört delaktighet, rätten till information och medinflytande inte alltid prioriteras. Rapporten kommer fram till att lagstiftningen kring patientens rättigheter och kunskapen kring hur den ska tolkas behöver förbättras. Den betonar att det är viktigt att titta närmare på hur olika patientgruppers behov av information, möjligheter till delaktighet och medinflytande kan tillgodoses.

## **Äldre patienter**

Ungefär hälften av de patienter som vårdas på akutsjukhusen är 65 år eller äldre och under ett år vårdas ca 400 000 personer över 65 år på sjukhus (Rundgren & Dehlin, 2004). I denna uppsats används begreppet äldre för att beskriva personer över 65 år.

Inom äldresjukvården liksom inom sjukvården i övrigt betonas vikten av att ta hänsyn till den enskildes integritet och självbestämmande.

Det finns sedan länge ett antal grundläggande principer för hur äldreomsorgen i Sverige bör utformas för att äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag. Några av dessa är:

- 1) *självbestämmande, dvs. att äldre i samma utsträckning som andra ska ges möjlighet att fatta egna beslut*
- 2) *medinflytande, d.v.s. att äldres åsikter ska respekteras vid utformningen av samhällsfunktionerna och speciellt vid planeringen av service, omvårdnad och vård för äldre*
- 3) *Integritet, dvs. man ska respekteras som den människa man är och inte påtvingas andras, t.ex. vårdpersonalens, åsikter och uppfattningar* (Larsson & Rundgren, s. 23, 1997).

## **Delaktighet**

I Nationalencyklopedin definieras begreppet som; ”*aktiv medverkan och att ha medinflytande*” (NE.se). Synonymer till begreppet delaktighet är; *medverkan, andel, participation, medansvar, medbrottslighet* (Bonniers Synonymordbok, 2004). I svenska MeSH (2008) definieras patienters delaktighet som patientinflytande.

## **Autonomi**

I nationalencyklopedin (NE.se) definieras autonomi som: ”*vidsträckt rätt att bestämma om egna angelägenheter oftast dock utan fullt självbestämmande; i fråga om område*”. I svenska MeSH (2008) definieras personlig autonomi som fri vilja och bestämmanderätt. Synonymer till autonomi är *självstyre, självbestämmande och oberoende* (Bonniers Synonymordbok, 2004). Autonomi kan ses som en syn på människan som fri och att hon har rätt att fatta egna beslut oberoende av andra. För sjuksköterskan innebär detta att behandla patienten utifrån dennes önskemål. Detta synsätt innebär att en person som kan tänka och reflektera kan fatta egna beslut. Patienten har långtgående rättigheter att själv bestämma så länge denne har kompetens att fatta egna beslut (Lindström, 2007). Det finns en risk för att misstolka patienters nedsatta förmåga att utföra egenvård och dagliga aktiviteter som att detta också skulle medföra en minskad förmåga till delaktighet. Att kunna vara delaktig i sin egenvård och att vara delaktig i beslutsfattande är inte nödvändigtvis sammankopplat (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2006).

## **Tidigare forskning**

Patientcentrerad vård innebär att patientens preferenser ska tas hänsyn till i vården. Vården har utvecklats från ett paternalismiskt synsätt till en syn på patienten som autonom med egen beslutsrätt. I en studie av Deber, Kraetschmer & Urowitz (2007) om hur delaktiga patienter vill vara framkommer att nästan ingen patient ville ha en helt autonom roll, men inte heller en helt passiv roll. De flesta föredrog en delad beslutsfatarroll tillsammans med personalen. Patienter vill förstå sin sjukdom, hur de ska leva med den och vill vara involverad i de beslut som påverkar deras dagliga liv. De vill

dock inte ”ta över” personalens roll utan vill lämna över mycket av ansvaret till personalen när det gäller medicinska frågor.

Sjuksköterskan förväntas ha en stor roll när det gäller att underlätta, främja och uppmuntra patienten till delaktighet. Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos (2008) kommer i en begreppsanalys fram till att delaktighet existerar när följande attribut finns:

- En etablerad relation mellan patient och sjuksköterska
- Ett överlämnande av en del av sjuksköterskans makt och kontroll
- Delad information och kunskap
- Ett aktivt ömsesidigt engagemang i intellektuella och/eller fysiska aktiviteter

Även Henderson (1997) och Larsson (2008) belyser att delaktighet ökar när patienten känner sig sedd och när sjuksköterskan visar ett intresse för patienten på ett personligt plan.

I en avhandling om hjärtsviktpatienter menar Eldh (2006) att delaktighet för patienter innebär att ha kunskap om sin kropp, sjukdom och symtom, dela med sig av information till personalen, bli lyssnad på och att känna tillit, bli sedd som en person, och att ens kunskap och erfarenhet tillvaratas av personalen. Det centrala för patienters upplevelse av delaktighet är vikten av att ha kunskap som kan användas i det dagliga livet. Det påpekas att förståelsen är central, då det inte bara handlar om att få information utan också att förstå den och kunna ha användning för den i det dagliga livet. Att kunna utföra egenvård och stå upp för sig själv var andra aspekter av delaktighet. I studien framkom att vikten av att bli erkänd och respekterad visade sig vara nödvändiga förutsättningar för att delaktighet skulle kunna uppstå. Icke-delaktighet uppstod när patienten inte kände sig hörd, inte fick tillräcklig information och inte blev sedd som en människa och unik individ, utan som ett medicinskt problem som skulle lösas. Icke-delaktighet beskrevs som att inte förstå sin situation.

Sjuksköterskor och patienter kan ha olika syn på patientens behov av att vara delaktig. I en svensk studie (Florin et.al, 2006) tenderade sjuksköterskorna att överskatta i vilken mån patienterna ville vara delaktiga i beslutsfattandet; patienterna ville oftare ha en mer passiv roll än vad sjuksköterskan trodde. Trots dessa skillnader upplevde ändå patienterna att de inte hade tillåtits vara så aktiva som de velat vara. Sjuksköterskorna hade en teoretiskt grundad uppfattning om delaktighet, men lyckades inte att tillämpa denna i praktiken. Den visar även på behovet av att gå igenom med patienten hur pass delaktig den vill vara för att varken underskatta eller överskatta dess behov. Alla patienter vill inte ha en aktiv roll, vissa patienter kan ha en tendens att göra ”det rätta” för att göra personalen nöjd (Waterworth & Luker, 1990). Faktorer som ålder och utbildningsnivå har visat sig ha betydelse för hur delaktig man vill vara. Äldre patienter tenderar att vilja vara mindre delaktiga än yngre (Deber, 2007).

I en svensk studie (Sahlsten, Larsson, Lindencrona & Plos, 2005) om hur sjuksköterskor uppfattade delaktighet framkom att de var medvetna om patientens lagliga rättigheter och skattade patientdelaktighet högt. Fem kategorier framkom i hur sjuksköterskorna främjade delaktighet:

- Interpersonal procedure- kommunikation som innebar kontakt och dialog och där sjuksköterskan använder sig av sig själv för att lära känna patienten. Ett aktivt lyssnande var nödvändigt för att avgöra vad patienten har med sig sedan tidigare och vilka förutsättningar som finns.

- Interplay- vilket innebär att sjuksköterskan ser individen bakom patientrollen och involverar sig emotionellt. Detta innebär att sjuksköterskan vågar säga vad hon tycker, och uppmuntrar patienten till delaktighet.
- Therapeutic approach -beskriver vikten av att sjuksköterskan använder sig själv i relationen. En terapeutisk relation baseras på reflektion över vilken effekt mötet har på patienten.
- Focus on resources- att fokusera på patientens resurser och behov. Detta innebär att först göra sig en bild av patientens förståelse för situationen, deras förväntningar och behov och se dess resurser och förmåga att utföra egenvård.
- Opportunities for influence- att ge patienten möjligheter att vara delaktig genom information, erbjuda val, stödja patientens beslut

### **Relationens betydelse för delaktighet**

Joyce Travelbee (2001) betraktar människan som en unik individ. Det överordnade målet med omvårdnaden är att hjälpa människan att finna mening i de erfarenheter som följer med lidande och sjukdom och att hantera lidandet. Travelbee hävdar att för att förstå vad omvårdnad är och bör vara, måste man förstå vad som sker mellan patient och sjuksköterska, hur deras interaktion kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten och hennes tillstånd. Den mellanmänniska relationen är en förutsättning för att omvårdnaden ska kunna nå sitt syfte. Travelbee menar att begreppen patient och sjuksköterska gör att man generaliserar och distanserar sig från varandra och att först när man ser varandra som människor kan en reell kontakt uppstå. Hon anser att det är viktigare att förstå hur varje enskild människa drabbas och upplever sin situation än att bara se till diagnosen eftersom varje människa drabbas olika och hanterar detta på ett individuellt sätt. Den mellanmänniska relationen uppstår efter det att sjuksköterskan och den hon har hand om genomgår fem faser: det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati och ömsesidig förståelse och kontakt.

Jean Watson (1993) menar att omvårdnadens kärna utgörs av olika karaktäristiska faktorer. Det centrala begreppet i Jean Watsons omvårdnadsteori är mänsklig omsorg. Hon har en humanistisk och holistisk människosyn. Målet för omvårdnaden är att stödja och hjälpa patienten genom att främja självinsikt och förståelse samt stärka patienten i att hantera sin situation. Hon beskriver att sjuksköterskan bör utveckla en hjälpande och förtroendefull relation för att kunna hjälpa patienten. För att denna ska kunna utvecklas måste sjuksköterskan lära känna patienten och förmedla empati och mellanmännisklig värme samt kunna använda kommunikation effektivt. Undervisning och inläring måste enligt Watson utgå från hur patienten upplever sin situation och anpassas till patienten. Information kan reducera rädsla och ångest och genom att patienten har kunskap om vad som ska hända och vad som är planerat kan patienten få ökad kontroll över situationen.

Delaktighet kan ses ur många olika aspekter, denna litteraturstudie avgränsas genom vilka faktorer som är av betydelse för äldre patienters delaktighet i vården.

## **SYFTE**

Att belysa vilka faktorer som är av betydelse för äldre patienters delaktighet i sin egen vård.

## **METOD**

Litteraturstudien grundar sig på tio vetenskapliga artiklar som sökts i databaserna Cinahl och PubMed samt genom manuell sökning. SweMesh användes för att få fram lämpliga och giltiga sökord. Det var svårt att hitta artiklar som skulle motsvara syftet, då sökordet delaktighet kan definieras olika. *Participation*, som är den engelska översättningen fanns som sökord i PubMed men inte i Cinahl. Istället användes andra sökord som kunde tänkas beskriva delaktighet. Dessa var *patient autonomy*, *decision making*, *patient* och *empowerment*. Då syftet var att undersöka äldre patienters delaktighet i ett omvårdnadsperspektiv så användes även sökorden *nursing care* och *nurse-patient relations*. Vilka kombinationer av sökord som användes och antal träffar som detta resulterade i redovisas i tabell 1. Artikelnumren i tabell 1 motsvarar artikelnumren som finns med i bilaga 1. Endast de sökningar som resulterade i valda artiklar redovisas. Ingen begränsning gjordes för årtal men ingen artikel var äldre än från 1997. Urvalet gjordes genom att först läsa artiklarnas titel och om de ansågs vara relevanta för studien lästes även abstracts. Om dessa var intressanta lästes artiklarna i sin helhet. Artiklarna granskades enligt institutionens checklista för artikelgranskning för att bedöma artiklarnas kvalite. Vissa valdes bort då de inte vid närmare innehållsgranskning motsvarade syftet. Efter detta urval kvarstod sju artiklar, resten togs fram genom manuell sökning. Artiklarnas metod och urval finns beskrivet i bilaga 1.

En induktiv analysmetod (Forsberg & Wengström, 2003) användes där artiklarna som hade ansetts svara mot syftet lästes igenom ett flertal gånger och faktorer som ansågs vara av betydelse för delaktighet markerades och skrevs ned. Dessa meningar lästes igenom ett flertal gånger och delades in i teman som delade ett gemensamt innehåll. Detta resulterade i fyra huvudteman med subteman som ansågs vara av betydelse för äldre patienters delaktighet.



**Tabell 1. Artikelsökningar**

Datum för sökning	Databas	Sökord	Träffar	Granskade	Använda artiklar*
081105	Cinahl	Patient autonomy	201	0	
081105	Cinahl	Empowerment	299	0	
081105	Cinahl	Decision making, patient	755	0	
081105	Cinahl	Decision making, patient and empowerment or patient autonomy	213	0	
081105	Cinahl	Decision making, patient and empowerment or patient autonomy and nurse-patient relations	14	14	1, 2
081105	Cinahl	Decision making, patient and nurse-patient relations	20	20	3, 4
081105	PubMed	Nurse-patient relations and patient participation	141	141	5, 6, 7

Begränsningar: peer-reviewed, research article, english, age: 65+ & 85+

\* Se artikelpresentation, bilaga 1

## RESULTAT

Resultatet bygger på tio artiklar. Artiklarna analyserades utifrån syftet och med utgångspunkt i fyra teman med subteman beskrivs de faktorer som framkom som viktiga för äldres delaktighet i sin egen vård och behandling; information/undervisning, samarbete, assisterad autonomi och att se personen bakom patientrollen.

### Information/undervisning

I flera studier (Cavanagh & McLafferty, 2007; Whitley, 1996; Penney & Wellard, 2007; Jacelon 2004) framkommer att korrekt och tydlig information om sitt hälsotillstånd och den planerade vården är av betydelse för att patienten ska kunna vara delaktig. Cavanagh & McLafferty (2007) betonar vikten av att informationen ges på ett lättförståeligt sätt, repeteras vid behov samt att sjuksköterskan måste försäkra sig om att patienten har förstått och tagit till sig informationen.

#### *Sjuksköterskans förhållningssätt*

I Whitlers studie (1996) framkommer olika arbetssätt som var effektiva för att assistera äldre personers autonomi och därmed öka sin delaktighet i vården. Ett av dessa var *personalizing*. Det beskriver hur information kan ges till patienten genom att sjuksköterskan delar med sig av sina erfarenheter, värderingar och åsikter från tidigare situationer som liknar den som patienten befinner sig i. Det framhålls i artikeln att denna typ av information inte handlar om att sjuksköterskan ska utföra påtryckningar på patienten, utan att hon delar med sig av sin erfarenhet för att ge patienten en ökad kunskap om sin situation, och därigenom hjälpa patienten att bli bättre förberedd för eventuella beslut som patienten kan komma att ställas inför. Genom information och undervisning kan sjuksköterskan korrigera eventuella missförstånd och felaktiga antaganden hos patienten som kan finnas. Whitley påpekar även att patienten ska ges möjlighet till att reflektera över sina beslut och känna till vilka valmöjligheter som finns. Även Bottorff et.al. (2000) kommer fram till att sjuksköterskans kunskap och erfarenhet är en viktig faktor för patientens delaktighet. Sjuksköterskans värderingar, attityder och erfarenheter påverkade hur sjuksköterskor interagerade med patienter och hur delaktighet erbjöds. Studien visar att genom att dela med sig av sin professionella kunskap kan sjuksköterskan öka möjligheten för patienten att göra välgrundade val. En sjuksköterska i studien uttryckte sig på följande sätt: *I think that people will make the best choices they can given enough information, so if someone is not making what I consider to be a good choice, my assumption is that they don't have enough information...* (Bottorff et.al, 2000, s. 144).

#### *Känsla av kontroll*

Jacelon (2004) beskriver hur äldre patienters autonomi påverkas under en sjukhusvistelse. Känslan av kontroll och oberoende/självständighet visade sig i studien vara sammanlänkande. Om en patients förmåga att utföra aktiviteter självständigt ökade, ökade också känslan av kontroll. I början av vistelsen var patienternas förmåga att handla självständigt begränsad på grund av deras sjukdom och personalen assisterade dem med allting såsom personlig hygien och måltider. De äldres känsla av kontroll minskade genom att sjukdomen begränsade dem och genom att de inte kunna styra över sjukhusets rutiner. Under den första fasen ansågs bristen på kontroll övervägas av den förväntade förbättringen av deras hälsotillstånd. Patienterna förlitade sig på att personalen handlade enligt vad som var det bästa. Ju friskare patienterna blev desto mer upplevde de sig

begränsade, att deras rutiner togs ifrån dem och att allting skulle ske utifrån personalens schema. Ett annat problem som framkom var att schemat också var oförutsägbart. Patienterna fick ingen förvarning om när exempelvis provtagningar skulle ske och dessa ändrades ibland utan förvarning. Studien visar på hur sjukhusets rutiner och bristande information kan begränsa patientens känsla av kontroll och autonomi. Författaren menar att genom ökad information om varför vissa saker sker, tydlig information om sjukhusets rutiner och möjlighet att påverka hur dagen ska läggas upp får patienten en större känsla av kontroll och deras känsla av delaktighet ökar. Författaren påpekar även att sjuksköterskan i sin yrkesroll är lämplig för att informera patienten och kan planera in möten med patienten för att diskutera deras vård. På så sätt är hon välinformerad om patientens önskemål och kan förmedla detta till andra yrkesgrupper, och även hjälpa till att förklara vad exempelvis läkaren har sagt, samt undervisa patienten och bemöta deras funderingar.

### *Kommunikation*

En annan aspekt som framkommer vid information till äldre patienter är vikten av att ta hänsyn till eventuella kommunikationshinder som kan uppstå. I Penney & Wellards studie (2007) framkommer att patienterna hade bristfällig information om sin diagnos och behandling. En orsak till bristande information var att patienter inte hade uppfattat all information på grund av nedsatt hörsel. Ofta hade de bara hört hälften av vad som sades eftersom flera personer pratade samtidigt eller att personalen hade huvudet bortvänt. Sjuksköterskorna hade gett information men inte försäkrat sig om att patienten hade uppfattat denna. Patienternas egen förklaring var att bristen på kommunikation och att de själva hade för lite kunskap var ett resultat av att sjuksköterskorna hade så mycket att göra. Patienterna ville inte lägga ytterligare arbetsbörda på personalen då de uppfattades som att alltid ha bråttom till nästa patient. Detta visas även i Jacelons (2002) studie där patienterna uttryckte att de inte kunde förvänta sig mer av sjuksköterskorna än det mest basala såsom mediciner och hygien då de upplevde att sjuksköterskorna redan hade så hög arbetsbelastning. Hur valmöjligheterna presenteras kan påverka delaktigheten. I Bottorffs et.al (2000) studie urskiljdes ett mönster för hur sjuksköterskor presenterade valmöjligheter för patienten. Detta styrdes dels av vilken grad av kontroll som sjuksköterskan utövade över situationen, samt i vilken utsträckning hon tog hänsyn till patientens behov och önskemål. Sjuksköterskor med hög kontrollnivå, och liten hänsyn till patientens önskemål, tenderade att erbjuda "pseudoval" där inga egentliga alternativ gavs, eller genom att ställa ledande frågor. Sjuksköterskor som använde en låg nivå av kontroll lät patientens agenda och behov styra och planerade vården i samråd med patienten. Det påpekas även att detta arbetssätt ibland kunde bli påfrestande för patienter, om man vill göra allting i samförstånd och ställer för många frågor. Ett annat sätt att erbjuda val var de som gjorde patientcentrerade val. Sjuksköterskorna använde sig av vad de visste om patienten, genom vad de själva berättat och sin egen uppfattning om patientens förmåga och gjorde val åt patienten utifrån vad de uppfattade som patientens vilja. Det ansågs användbart i de situationer då patienter var trötta eller förvirrade. En sjuksköterska uttryckte det som att en utmaning låg i att kunna avgöra när en patient behöver vara delaktig i valen och när en patient behöver göra så få val som möjligt. Hon menade att en patient som är svårt smärtpåverkad inte orkar besluta om mindre detaljer såsom vad den ska äta till lunch och att det är sjuksköterskans uppgift att se när det är viktigt för patienten att göra val. Att tvinga patienten att ta ställning till mindre detaljer i en sådan situation ansågs respektlöst.

## **Samarbete**

I Jacelons studie (2002) framkommer det att ett patientcentrerat förhållningssätt som bygger på uppmärksamhet, vänlighet, respekt och samarbete hade en positiv inverkan på patienternas autonomi och ansågs vara viktigt för att man som patient ska kunna vara delaktig i vård och behandling. Personal som hade ett mer uppgiftscentrerat förhållningssätt hade ingen eller en negativ effekt på patientens autonomi. Tutton et.al (2005) beskriver i sin studie att ett fungerande partnerskap måste bygga på tillit och respekt. Att ha respekt för patienten oavsett tillstånd eller beteende värderades högt av sjuksköterskorna i studien - men var samtidigt något som de upplevde svårt att uppnå i praktiken. Sjuksköterskornas erfarenhet var att om de misslyckades i olika avseenden i att få patienten att känna tillit och respekt så kunde partnerskapet påverkas negativt. För att illustrera detta exempel beskrevs en situation där en medicinsk behandling sattes in utan att rådfråga patienten. När sjuksköterskan berättade för patienten att hon skulle genomföra behandlingen blev patienten mycket upprörd då det visade sig att hon hade negativa erfarenheter av en liknande behandling som hade varit mycket smärtsam. Patientens tillit till personalen blev påverkad och sjuksköterskan använde sig av en förhandlande teknik där en kompromiss nåddes.

Flera studier beskriver strategier som sjuksköterskor kan använda sig av för att främja delaktighet. Dessa är: att ta ett steg tillbaka och låta patienten leda interaktionen, genom att erbjuda olika valmöjligheter och genom att förstå personen (Tutton et.al 2005; Bottorff et.al, 2000). Vidare skriver Tutton et.al (2005) att sjuksköterskor upplevde detta som svårt och att det var en balansgång mellan att tillgodose patientens önsningar och behov och vad som var möjligt utifrån olika begränsningar såsom exempelvis tidsbrist och verksamhetens organisation. En annan strategi för sjuksköterskan att främja delaktighet var att ”uppträda som om det inte finns något annat att göra för stunden” för att skapa en främjande miljö där patienten kan vara delaktig och ta beslut i sin egen takt. Genom att låta saker få ta tid och låta patienten bestämma takten får patienten tid att tänka över de alternativ som finns och vilka prioriteringar hon vill göra och författaren menar att detta minskar risken för att beslut stressas fram. Sjuksköterskorna beskrev detta som något önskvärt men påpekade även svårigheter med detta då de ofta hade bråttom. I dessa fall användes strategier som betänketid, då sjuksköterskan låter patienten tänka och kommer tillbaka senare eller förhandlingsstrategier (Bottorff et.al, 2000).

Flera studier påpekar vikten av att hålla sig uppdaterad om patientens tillstånd och vara medveten om att förmågan och viljan att vara delaktig kan skifta från dag till dag (Bottorff et.al, 2000; Randers & Mattiasson, 2003). Randers & Mattiasson (2003) påpekar att i vård av svårt sjuka äldre är det viktigt att sjuksköterskan har förmåga att uppmärksamma detta, och att det är viktigt att vara flexibel. Bottorff et. al (2000) påtalar en arbetsmetod som sjuksköterskor använde sig av, ”checking”, detta innebar att sjuksköterskorna var medvetna om att önskan att vara delaktig skiftar hela tiden och genom att kontinuerligt stämma av med patienten vad den orkar just för stunden möjliggör man delaktighet.

### *Professionell kunskap*

I en studie av Ruland, Kresevic & Lorensen (1997) utvärderas ett skattningsinstrument som användes för att inkludera äldre patienters egna preferenser i vården. Genom att patienterna själva fick uppge vad de ansåg var deras största problem och vilka saker de lade störst vikt vid gjorde sjuksköterskan och patienten tillsammans en bedömning vilka som var patientens mål. På så sätt blev de äldre patienternas egna preferenser det som

styrde målen med vården. Även här betonas sjuksköterskans professionella kunskap som en viktig faktor. Om patienterna och sjuksköterskan inte var överens om vad som var patientens problem kunde ytterligare information behövas och vad sjuksköterskan utifrån sin professionella kunskap ansåg var rimligt. Målen med omvårdnaden kan på så sätt utgå från patientens preferenser i kombination med sjuksköterskans professionella kunskap. Studien pekar även på vikten av att skapa en relation och att sjuksköterskan och patienten måste förstå varandra för att kunna samarbeta, samt att sjuksköterskan behöver uppmuntra och stödja patienten för att denne ska kunna uttrycka sina behov och önskningar. Även Cavanagh & McLafferty (2007) belyser att patienten och sjuksköterskan kan ha olika uppfattning om vad som är patientens problem och att sjuksköterskan måste vara medveten om att det hon anser är det bästa för patienten inte alltid är det som patienten själv föredrar. Sjuksköterskan måste ta sig tid att lyssna på patienten när denne definierar sina problem, önskningar och behov för att få ökad förståelse om patientens situation.

### **Assisterad autonomi**

I Randers & Mattiassons studie (2003) identifieras olika vardagliga vårdsituationer som påverkar patientens autonomi och integritet. I studien framkom både positiva och negativa möten när personalen bemötte äldre patienter och dessa möten stärkte eller försvagade patientens känsla av autonomi och integritet. Författarna betonar att autonomi och integritet förutsätter varandra och är odelbara om en patients värdighet ska upprätthållas. Ett sätt att främja delaktighet som framkom i studien var assisterad/delegerad autonomi. Genom att ge patienter med nedsatt förmåga att handla möjlighet att delegera vissa beslut och aktiviteter kan man utöva delegerad autonomi. Detta innebär att personalen handlar åt patienten, men att besluten sker i enlighet med hur denne skulle ha gjort om den varit frisk. På så sätt menar författarna att patientens värdighet upprätthölls, och patientens autonomi och integritet respekterades. Det framkom även att för att kunna utöva delegerad autonomi är det betydelsefullt att personalen känner patienten som person.

Även Whitlers studie (1996), identifierar hur vårdpersonal på olika sätt kan utföra assisterad/delegerad autonomi åt personer som inte längre har den fysiska förmågan att handla. Studien identifierar olika strategier som var framgångsrika för att främja autonomi. I studien framkommer att vissa sjuksköterskor hade bristande förmåga i att assistera äldres autonomi. Whitley betonar att assisterad autonomi inte enbart handlar om att erbjuda patienten val och handla utifrån detta utan också att skapa en miljö där val möjliggörs. Om en patient nekar till någonting och sjuksköterskan anser att detta är det bästa för patienten kan hon försöka förklara för patienten genom information, personalizing och övertalning. Med övertalning menas inte att sjuksköterskan ska gå emot patientens vilja, men att hon med sin professionella kunskap försöker förklara och undervisa. Om en patient inte vill gå upp ur sängen på dagarna, kan sjuksköterskan förklara varför hon tycker att detta är viktigt, genom att hänvisa till betydelsen av fysisk aktivitet, risk för lunginflammation vid långvarigt sängläge osv. Om patienten fortfarande inte vill menar Whitley att en ytterligare aspekt av assisterad autonomi är att sjuksköterskan försöker ta reda på de bakomliggande orsakerna till detta. Dessa kan vara exempelvis rädsla eller att patienten inte vill vara en belastning. Författaren menar att det inte är tillräckligt att bara godta ett nej utan att försöka hitta de bakomliggande orsakerna till detta. Whitley skriver att sjuksköterskan ska utgå ifrån att patienten har förmågan att vara delaktig om det inte finns anledning att ifrågasätta detta och att faktorer som ålder

eller sjukdom är i sig själva inte tillräckliga anledningar för att avgöra om någon är kapabel eller inte att vara delaktig.

### **Att se personen bakom patientrollen.**

Att ta del av patientens personliga historia ger sjuksköterskan en mer nyanserad bild av patienten som individ. Det ger en ökad förståelse för hur patienten upplever sin nuvarande situation, hur hon ser på sjukdom och beroende samt vad som har varit och är viktigt i hennes liv. Genom att få större kännedom om patienten och vetskap om hur hon vill leva sitt dagliga liv ökar möjligheterna för att omvårdnaden ges i överrensstämmelse med patientens preferenser (Clarke, Hanson & Ross, 2003; Randers & Mattiasson, 2003; Tutton, 2005).

Randers & Mattiasson (2003) menar att respektera patientens integritet innebär att man ser varje patient som en unik individ och inte bara som en mottagare av vård. När sjuksköterskan respekterar patientens personlighet, vanor och beteende och lyssnar på patientens personliga berättelse får sjuksköterskan en mer komplex bild av patienten som person och vilka behov denne har. Detta innebär att patienten känner sig sedd och respekterad som person samt ges möjlighet och uppmuntran att utveckla sina egna resurser och därmed ökas patientens förmåga att vara delaktig. Tutton (2005) beskriver att för att kunna utveckla ett välfungerande partnerskap med patienterna måste det även finnas en relation mellan patient och sjuksköterska. Respekt för personen oavsett tillstånd eller beteende värderades högt men var även det något som ansågs svårt att uppnå i praktiken. Känslomässigt arbete framkom som en strategi för att främja delaktighet. Detta innefattade att acceptera den andre, använda känslor på ett positivt sätt samt att ta itu med starka känslor. Personalen betonade vikten av att hantera sina egna känslomässiga relationer som dök upp så att man fokuserar på patienten och dennes behov. Om personalen inte lyckades med detta kunde deras ord och handlingar påverka delaktigheten negativt.

Clarke et.al (2003) fann att användandet av personliga ägodelar såsom fotografier och nedtecknade livshistorier som ett sätt att främja patientcentrerad vård. Dessa användes som en ingång för att samtala och lära känna patienten. Användandet av detta sågs som positivt av personalen och patienterna och gav en möjlighet att förstå patienten och dess beteenden och behov bättre. Sjuksköterskorna uttryckte att det finns en risk för att man ser äldre människor som en grupp, "de äldre" och att arbetssättet fick dem att se patienterna mer som individer. Studien visade dock på svårigheter med arbetssättet på grund av tidsbrist, samt att det inte var en arbetsmetod som passade alla patienter. Vissa patienter var inte intresserade av att diskutera sitt privatliv med personalen och studien betonar att en förtroendefull relation måste existera först för att kunna ta del av patientens privata liv.

Bottorff et.al (2000) understryker vikten av att sjuksköterskan utnyttjar tiden då hon ägnar sig åt praktiska arbetsuppgifter hos patienten och ser detta som en möjlighet till att lära känna patienten bättre. Genom att använda sig av öppna frågor får patienten större möjligheter att berätta om hur hon känner, och sjuksköterskan styr inte samtalet. Att använda sig av "småprat" upplevdes som positivt för patienterna och fick dem att känna sig sedda. Detta betonade även Jacelon (2002). I studiens resultat framkommer att ett patientcentrerat förhållningssätt från personalen förstärkte patienternas känsla av integritet och detta tog sig i uttryck genom att patienten kände sig sedd som person. Attityder som påverkade patientens känsla av värdighet var bland annat vänlighet,

hjälpfullhet och samhörighet. Dessa tog sig uttryck genom att personalen tog sig tid och satte sig och pratade med patienten och intresserade sig för patientens liv utanför sjukhuset.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Studien bygger på tio vetenskapliga artiklar. Artiklarna som användes var från Sverige, Canada, Australien, tre var från USA och fyra stycken var från England. Det fanns vissa svårigheter att hitta artiklar som belyste delaktighet ur ett omvårdnadsperspektiv, mycket av det som är skrivet behandlar delaktighet i medicinska beslut. Av dem som valdes ut hittades ytterligare några genom manuell sökning via de funna artiklarnas referenser. Två av artiklarna var skrivna av samma författare och många namn var återkommande och artiklarna refererade ofta till varandra. En av artiklarna valdes trots att den inte enbart handlade om äldre patienter, medelåldern var 61 år (Bottorff et. al, 2000). Det kan bedömas som tveksamt med tanke på syftet, men jag bedömde att den hade med flera viktiga aspekter om hur sjuksköterskor främjade delaktighet och därför ändå var relevant med tanke på det begränsade materialet.

Artiklarna som slutligen valdes ut behandlar olika vårdformer såsom akutsjukvård, vårdhem, geriatriska rehabiliteringsavdelningar och palliativ vård. En svårighet med att använda artiklar från så olika vårdformer skulle kunna vara att delaktighet ter sig olika beroende på vårdform och vårdtid och att resultatet skulle bli väldigt spretigt. Trots detta framkom inga stora skillnader i resultatet snarare verkade resultatet likna varandra oavsett vårdtid eller sjukdom.

Jag valde att definiera äldre som personer över 65 år och det bör betonas att detta naturligtvis inte är en homogen grupp. Detta kan anses vara en svaghet i studien, att försöka säga något generellt om människor över 65 år med varierande sjukdom och funktionsgrad kan vara svårt. Behovet och viljan av att vara delaktig i vården återkom dock i alla studier, även om förutsättningarna är annorlunda om man vistas på sjukhus en vecka, bor på vårdhem, eller vårdas palliativt.

Artiklarna behandlar delaktighet både ur ett patient- och personalperspektiv vilket måste anses vara en styrka för resultatet då detta ger en bredare bild. Det belyste även viktiga skillnader i hur patienter uppfattar personalen och vad de förväntar sig och hur vårdpersonalen ser på sin egen roll när det gäller att främja delaktighet. Alla artiklarna var kvalitativa. Kvalitativ forskning är användbart för att beskriva och tolka ett fenomen och dess egenskaper. Metoden används för att utveckla begrepp som hjälper oss att förstå sociala fenomen i dess naturliga miljö (Forsberg & Wengström, 2003). Då delaktighet har visat sig vara ett svårdefinierbart begrepp både för personal och för patienter anser jag att kvalitativa artiklar är mycket användbart. För att förstå hur man gör någon delaktig måste man känna till innebörden av begreppet både ur patient- och personalperspektiv.

Artiklarnas metod var tydligt beskriven i samtliga artiklar, tydligheten i urval varierade något men beskrevs i samtliga artiklar. Åtta av studierna var etiskt granskade. Vilken metod som användes i varje studie framgår i artikelbilaga 1.

En svårighet både under artikelsökningen och under arbetets gång har varit definitionen av delaktighet. Att begreppet är svårt att definiera och att innebörden varierar skulle

kunna innebära att material kan ha missats som behandlar ämnet. Jag har under arbetet med studien fått en fördjupad och ökad förståelse för begreppet och det är möjligt att material valdes bort vid genomgången av abstracts som hade varit användbart. I PubMed användes sökorden *patient participation* och i Cinahl användes *empowerment, autonomy* och *decision making, patient*. Många av artiklarna var dock återkommande i flera sökningar. Det material som finns kring ämnet verkar vara begränsat och många refererar till samma källor.

### **Resultatdiskussion**

Information visade sig vara betydelsefullt för delaktighet ur flera aspekter. Dels behöver patienten kunskap om sitt tillstånd och sin behandling, men även information om vad som händer omkring patienten. Resultatet visade att bristande information om rutiner och vad som ska hända leder till en bristande känsla av kontroll (Penney & Wellard, 2007; Jacelon, 2004). Som sjuksköterska kan man öka känslan av delaktighet genom att patienter får möjlighet att vara med och planera hur dagen ska läggas upp. Detta är inte alltid möjligt eller säkert att patienten vill, men patienten bör åtminstone ha tydlig information om avdelningens rutiner och vid vilka tidpunkter vissa saker ska inträffa.

Det bör även poängteras att sjuksköterskan måste försäkra sig om att patienten har förstått informationen som ges. I Penney & Wellards studie (2007) framkom att mycket av informationen inte hade uppfattats pga. nedsatt hörsel och att hänsyn inte tagits till detta. Sjuksköterskan måste tänka på att anpassa informationen utifrån varje individs specifika förutsättningar. Detta överensstämmer med Watsons teorier (1993) om att undervisning och inläring måste utgå från hur patienten upplever sin situation och anpassas till patienten. Information kan reducera rädsla och ångest och genom att patienten har kunskap om vad som ska hända och vad som är planerat kan patienten få ökad kontroll över situationen. Även tidigare forskning har belyst vikten av att sjuksköterskan behöver delge information och kunskap för att delaktighet ska kunna äga rum (Sahlsten et. al, 2005; Eldh, 2006) Eldh visade på att icke-delaktighet uppstår när patienter inte kände sig hörda eller fick bristfällig information och när man inte förstår sin situation.

Ett samarbete mellan sjuksköterska och patient är viktigt. Detta uppmärksammar Cavanagh & McLafferty (2007) i sin studie och menar att den äldre patienten inte alltid är medveten om sina kunskaper när det gäller åldrande och att leva med sjukdom. Författarna föreslår att sjuksköterskan i mötet med den äldre patienten ska se denne som en expert och utnyttja den äldre patientens erfarenheter. Genom ett samarbete med patienten där dennes erfarenheter tillvaratas kan ett effektivare samarbete äga rum. Sjuksköterskan kan även få värdefull kunskap om hur patienten hanterar eller bemästrar problem och genom detta få en tydligare bild av vilka områden som patienten behöver stöd i. Att arbeta för ett mål som patienten inte själv tycker är värdefullt blir meningslöst.

En god relation mellan sjuksköterska och patient är grundläggande för att delaktighet ska kunna uppstå. För att patienten ska kunna uttrycka behov och önskningar behöver det finnas tillit i relationen. Genom att uppmärksamma patientens tidigare liv kan sjuksköterskan få värdefull kunskap om vad som motiverar personen och hur de brukar hantera sina problem. Detta kan kopplas till Travelbee (2001) som menar att lära känna patienten är en lika stor del av vården som att utföra fysisk omvårdnad och medicinska åtgärder. Om sjuksköterskan inte lär känna personen, och förstår hur den ser på sin egen situation blir det svårt att hjälpa patienten. Hon menar även att om inte interaktionen mellan patient och sjuksköterska görs till en del av omvårdnaden är det stor risk att



sjuksköterskan enbart handlar utifrån vad hon själv tror är det bästa för patienten. Travelbee menar att varje människa är unik och sättet att hantera sin sjukdom och sitt lidande är individuellt. Vi kan därför inte som vårdpersonal generalisera och tro att vi vet vad som är bäst utifrån en medicinsk diagnos. Enligt Travelbee blir då omvårdnaden meningslös, då syftet är att hjälpa patienten att hantera den situation han befinner sig i och detta är inte möjligt om vi inte vet vem personen är. Även tidigare forskning (Larsson, 2008; Hendersson, 1997; Sahlsten et. al, 2008) belyser vikten av en relation mellan patient och sjuksköterska för att öka chanserna till delaktighet.

Hur man skapar en relation kan se olika ut. Vissa av arbetssätten som påtalades i de olika studierna kan anses vara svåra att genomföra i praktiken såsom Clarke et.al studie (2003) i att använda fotografier och nedskrivna livshistorier för att lära känna patienten bättre. I en stressad arbetsmiljö tillåts man inte alltid ägna långa stunder åt patienter, då många andra praktiska moment tar tid. Bottorff (2000) föreslår att man utnyttjar tiden då man är hos patienten för att utföra praktiska moment. En god relation kan uppstå även om man inte hinner prata långa stunder. Det behöver inte innebära att man ska eftersträva att ”veta allt” om en person, alla patienter är inte intresserade av att dela med sig av sitt privatliv. Men genom att prata om andra saker än bara om behandling och medicinska åtgärder bidrar detta till att patienten känner sig sedd som person.

I många studier togs begränsningar upp som kunde minska patientens möjlighet att vara delaktig såsom tidsbrist och verksamhetens begränsningar. Patienter ville inte lägga ytterligare arbetsbörda på sjuksköterskorna och ville inte vara i vägen (Penney & Wellard, 2007; Tutton 2004; Bottorff et.al, 2000). Sjuksköterskorna uttryckte en svårighet i att balansera mellan patientens önskningar och behov och vad som faktiskt var möjligt. I dessa fall var förhandling - en annan aspekt av samarbete - användbart. Sjuksköterskan kan informera om vad som faktiskt är möjligt, vilka begränsningar som finns och utifrån detta försöka utforma vården i enlighet med patientens önskemål.

Sjuksköterskan har i sin yrkesroll ett ansvar för att främja delaktighet. Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor ska sjuksköterskan i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005). Rätten till delaktighet i vården är lagstadgad. Vi har som vårdpersonal därmed ett ansvar för att möjliggöra delaktighet men det har även visat sig att patientens rätt till delaktighet i vården kan ha blivit eftersatt och inte alltid är prioriterad (Socialstyrelsen, 2003). Delaktighet kan ses som att man som patient har rätt att ta del i alla medicinska beslut som tas angående behandling och vård och att man alltid har rätt att neka behandling. I Socialstyrelsens rapport om läget efter lagändringarna ses delaktighet som rätt till förnyad medicinsk bedömning, samt rätten till att vara välinformerad. Att känna sig delaktig i vården har utifrån resultatet från denna litteraturöversikt också visat sig handla om en känsla av kontroll och begriplighet. Patienter behöver förstå sin situation och vad som händer kring dem oavsett ålder eller tillstånd.

Tidigare studier visar att sjuksköterskor och patienter kan skatta patientens vilja att vara delaktiga olika (Florin et.al, 2006). Detta framkom även i denna studie, där det visade sig att sjuksköterskor ofta hade svårt att bedöma vad som patienten ansåg vara det största problemet och att de ofta hade en annorlunda uppfattning än patienten (Ruland et.al 1997, Cavanagh & McLafferty, 2007). Detta tyder på att vi i dialog med patienten behöver komma fram till vad som är patientens mål och hur delaktig den vill vara.

Tidigare forskning (Deber, 2007) har belyst att äldre patienter ofta vill vara mindre delaktiga i vården. Utifrån mitt resultat framgår inget som tyder på detta även om detta inte var syftet med studien. Däremot tror jag att det beror på hur man definierar begreppet, samt hur delaktighet ”erbjuds”. Resultatet och tidigare forskning visar att delaktighet är ett komplext begrepp och att det kan vara svårt att definiera. Patienter upplevde delaktighet dels som att vara självständiga och kunna utföra sin egenvård själva men det framkom även andra aspekter som att inte känna sig hörd, och att ha bristande information om sin situation och vad som hände. Även sjuksköterskor hade svårt att definiera vad delaktighet var, man upplevde det som ett ”ta-för-givet-begrepp”, något som man gjorde varje dag men inte kunde sätta ord på. I Tuttons (2004) studie fick sjuksköterskor öva på att reflektera över sitt eget beteende gentemot patienter och därigenom synliggjordes hur de utövade delaktighet. Flera uttryckte en förvåning över hur styrande de hade varit i mötet med de äldre patienterna och att de inte själva tidigare hade varit medvetna om detta. Jag tycker att det är intressant att ett ord som används på ett självklart sätt dagligen inom sjukvård, samtidigt är så svårt att definiera både för patienter och för personal. Resultatet pekar på att hur vi gör patienter delaktiga är något som vi måste reflektera över.

En annan intressant aspekt som framkom i litteraturstudien var att patienter ofta uttryckte en vilja av att inte vilja vara i vägen, och att inte lägga ytterligare arbetsbörda på personalen (Penney & Wellard, 2007; Bottorff et. al 2000; Tutton, 2004). De kunde ofta uttrycka brister men ansåg att kräva detta var orimligt. Detta anser jag tyder på att viljan att vara delaktig ofta finns men att man inte kan förvänta sig att initiativet ska komma från patienten. Att vara patient innebär att man är i en beroendesituation och personalen måste se till att patienten är tillräckligt informerad och förstår hur delaktig den kan vara. Patienter har även ett eget ansvar, både patient och sjuksköterska måste engagera sig i situationen.

Resultatet pekar på att det både hos patienter och hos personal kan finnas bristande kunskaper om delaktighet. Många andra saker tar tid på sjukhus och det är lätt att delaktighet inte är det som prioriteras i första hand. Dock kan man ändå arbeta på ett sådant sätt som främjar delaktighet genom att utnyttja tiden hos patienten till att skapa en relation till patienten.

Hur delaktig man vill vara i olika beslut kan variera och ingen ska tvingas att vara mer delaktiga än de vill vara. Resultatet pekar dock på att sjuksköterskan inte bör förutsätta att någon vill vara mindre delaktig pga. faktorer som ålder eller sjukdom. Florin visade i sin studie att det finns en risk för att misstolka patienters nedsatta förmåga att utföra egenvård och dagliga aktiviteter som att detta också skulle innefatta deras förmåga att vara delaktiga (Florin et. al 2006). Delaktighet kan äga rum även när ens fysiska förmåga är nedsatt. Genom assisterad autonomi kan beslut göras i samråd med patienten och beslut kan ske i enlighet med hur denne skulle ha handlat om den hade fysisk möjlighet (Randers & Mattiasson, 2004; Whitler, 1996).

Sjuksköterskan bör utifrån sin yrkesroll se till att patienten är välinformerad, att beslut tas i samråd och att hon vet vem patienten är. Om någon väljer att inte vara delaktig bör sjuksköterskan ha försökt att förstå varför, och patienten ska vara medveten om vad den väljer att inte vara delaktig i. En patient kan välja att inte handla, att förlita sig på att

personalen handlar i dennes intressen. För att detta överhuvudtaget ska bli möjlig krävs att sjuksköterskan förstår vem patienten är.

Delaktighet har visat sig ha flera aspekter. Dels handlar delaktighet om att få vara med i beslutsfattandet och att inga beslut tas mot patientens vilja. Men delaktighet i omvårdnaden kan också handla om en känsla av kontroll och begriplighet av ens situation.

Som sjuksköterska finns det många saker man kan göra för att öka patientens förståelse av situationen, vilket den här studiens resultat visar. Delaktighet behöver inte innebära att man är med och beslutar om allting. Patienter behöver kunna förlita sig på att personalen handlar utifrån vad som är bäst för patienten. Snarare handlar det om ett samarbete, där sjuksköterskan uppmuntrar patientens resurser och synliggör dessa. Sjuksköterskan bidrar med sin professionella kunskap, dels genom att se till att patienten är välinformerad och har förstått och genom att stödja patienten. Känner man till vilka faktorer som är av betydelse för delaktighet har man lättare för att främja den.

Jag anser att studien har svarat på mitt syfte även om det kan finnas ytterligare faktorer som är av betydelse för äldre patienters delaktighet. Ytterligare frågor som skulle vara intressant att undersöka är frågor rörande makt och beroende i sjukvårdssituationer samt hur vi kommunicerar och hur detta påverkar delaktigheten.

### **Användbarhet för vården**

Om delaktighet ska bli mer än bara ett ord behövs en medvetenhet om vad det betyder för patienter och hur det främjas. En metod som framkom i studien var att sjuksköterskorna fick reflektera över sitt eget beteende mot patienterna. Genom detta synliggjordes mycket som de tidigare varit omedvetna om. Att ta sig tid för reflektion över vårt beteende gentemot patienter och hur detta berör oss är viktigt. Ofta reagerar vi känslomässigt på vissa beteenden och det är intressant att reflektera över varför, och användbart för att utvecklas i yrkesrollen. Resultatet pekar även på vikten av att sjuksköterskor inser att känslan av att vara delaktig är viktig oavsett ålder eller tillstånd, men att hur man är delaktig kan se olika ut. Hur vi skapar en förtroendefull relation är även intressant att belysa både i utbildning och i praktisk verksamhet.

Jag tycker även att det är av betydelse att se över hur vården planeras. Tidsbrist är ett återkommande argument när det gäller brister i bemötande och vård. Att enbart lösa detta med mer personal vore en lösning men osannolikt med tanke på sjukvårdens resurser. Mycket av sjuksköterskans tid går åt till administrativt arbete såsom att svara i telefon och dokumentera. Ofta upplever jag att ta sig tid att prata med patienter är något som kommer i sista hand när det finns tid över. Vissa avdelningar arbetar patientnärmre genom att avlasta sjuksköterskan från de administrativa uppgifterna så att sjuksköterskorna får mer tid hos patienten. Det vore intressant att undersöka om den sortens arbetssätt ökar patientens känsla av delaktighet. Är det tiden som är avgörande för delaktighet eller är det ett förhållningssätt?

## REFERENSER

**Bottorff, J. L. Steele, R. & Davies, B. Porterfield, P. Garrosino C. Shaw, M. (2000). Facilitating day-to-day decision making in palliative care. *Cancer Nursing*, 23 (2), 141-150.**

**Cavanagh, S. & McLafferty, E. (2007). The recognition and use of patient expertise on a unit for older people. *Gerontological care and practice*, 19 (8), 31-35.**

**Clarke, A. Hanson, J. H. & Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of clinical nursing*, 12 697-706.**

Deber, R. Kraetschmer, N. & Urowitz, S. (2007). Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient population. *Health Expectations*, 10 248–258.

Eldh, A. C. (2006). *Patient participation- what it is and what it is not*. (Diss.) Örebro: Örebro University Library: Örebro University.

Florin, J. Ehnrenberg, A. & Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of clinical nursing*, 15 1498-1508.

Forsberg C., Wengström Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten*. (Doktorsavhandling). Stockholm: Kungliga Tekniska Högskolan. Institutionen för arkitektur och stadsbyggnad.

Henderson, S. (1997). Knowing the patient and the impact on patient participation: A grounded theory approach. *International journal of nursing practice*, 3 111-118.

**Jacelon, C. S. (2002). Attitudes and behaviors of hospital staff towards elders in an acute care setting. *Applied nursing research*, 15 (4), 227-234.**

**Jacelon, C. S. (2004). Older adults and autonomy in acute care. *Journal of gerontological nursing*, 30 (11), 29-36.**

Larsson, I. (2008). *Patient och medaktör- studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Göteborg : Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.

Larsson, M. & Rundgren, Å. (1997). *Geriatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Lindström, I. (2007). *Patienters delaktighet- en studie om vård i livets slutskede*. Göteborg : Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet

**Penney, W. & Wellard, S. J. (2007). Hearing what older consumers say about participation in their care. *International journal of nursing practice*, 13 61-68.**

**Randers, I. & Mattiasson, A. C. (2003). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of advanced nursing*, 45 (1), 63-71.**

**Ruland, C. M. Kresevic, D. & Lorensen, M. (1997). Including patient preferences in nurses' assessment of older patients. *Journal of clinical nursing*, 6 495-504.**

Rundgren, Å. & Dehlin, O. (2004). *Äldre sjukvård: Medicinsk äldresjukvård av multisjuka patienter*. Lund: Studentlitteratur.

Sahlsten, M. Larsson, I. & Lindencrona, C. Plos, K. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal of clinical nursing*, 14 35-42.

Sahlsten, M. Larsson, I. E. & Sjöström, B. Plos, K. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing forum*, 43 (1), 2-11.

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

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Artikelnr. 2005-105-1. <http://www.socialstyrelsen.se>, 2005-02-20.

Socialstyrelsen, (2003). *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Läget efter lagändringar i januari 1999*. Artikelnummer 2003-103-5. Stockholm: socialstyrelsen.

Söderbäck, M. (1999). *Encountering parents. Professional action styles among nurses in pediatric care*. Göteborg; ACTA Universitatis Gothoburgensis.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

**Tutton, E. M. (2005). Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of advanced nursing*, 50 (2), 143-152.**

Walter, G. *Bonniers Synonymordbok*, (2004). Stockholm: Albert Bonniers Förlag.

Waterworth, S. & Luker, K. A. (1990). Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care?. *Journal of advanced nursing*, 15 971-976.

Watson, J. (1993) *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund : Studentlitteratur.

**Whitler, J. M. (1996). Ethics of assisted autonomy in the nursing home: types of assisting among long-term care nurses. *Nursing ethics*, 3 (3), 224-235.**

<http://www.NE.se>. Nationalencyklopedin. 081125.

[http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm). MeSH, S. 081125.

## **Bilaga 1**

**Artikelnummer:** 1

**Författare:** Randers I, Mattiasson A-C

**Titel:** Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity

**Tidskrift:** Journal of advanced nursing

**År:** 2004

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att fördjupa förståelsen av relationen mellan autonomi och integritet i interaktioner mellan patienter och vårdpersonal i vardagliga vårdsituationer.

**Metod:** Kvalitativ metod, observationsstudie

**Urval:** 18 sjuksköterskor

**Antal referenser:** 43

**Artikelnummer:** 2

**Författare:** Whitley J.M

**Titel:** Ethics of assisted autonomy in the nursing home: types of assisting among long-term care nurses.

**Tidskrift:** Nursing Ethics

**År:** 1996

**Land:** USA

**Syfte:** Att undersöka vad sjuksköterskor inom långvården kan göra för att bevara och öka autonomin hos äldre som bor på vårdhem

**Metod:** Kvalitativ metod, djupintervjuer

**Urval:** 25 sjuksköterskor

**Antal referenser:** 26

**Artikelnummer:** 3

**Författare:** Tutton .M.M.E

**Titel:** Patient participation on a ward for frail older people.

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing

**År:** 2005

**Land:** England

**Syfte:** Att undersöka vad delaktighet betyder för äldre människor på sjukhus och för sjukvårdspersonalen och hur personal kan öka patientdelaktighet i omvårdnaden.

**Metod:** Kvalitativ studie (action research), djupintervjuer, fokusgrupper

**Urval:** 13 sjuksköterskor och nio patienter

**Antal referenser:** 53

**Artikelnummer:** 4

**Författare:** Bottorff J, Steele R, Davies B, Porterfield P, Garrosino C, Shaw M

**Titel:** Facilitating day-to-day decision making in palliative care

**Tidskrift:** Cancer Nursing- an international journal for cancer care

**År:** 2000

**Land:** Canada

**Syfte:** Att undersöka hur sjuksköterskor inom palliativ vård stödjer eller begränsar patienters delaktighet i sin vård inom palliativ vård

**Metod:** Grounded theory, observationsstudie samt öppna intervjuer

**Urval:** 16 patienter och 32 sjuksköterskor

**Antal referenser:** 31

**Artikelnummer:** 5

**Författare:** Cavanagh S., McLafferty E.

**Titel:** The recognition and use of patient expertise on a unit for older people.

**Tidskrift:** Nursing older people

**År:** 2007

**Land:** England

**Syfte:** Att beskriva äldre patienters syn på sin kunskap och huruvida sjukvårdspersonalen använde sig av denna kunskap i sitt arbete med patienterna.

**Metod:** Kvalitativ metod, semistrukturerade intervjuer.

**Urval:** 12 patienter och deras vårdteam från 6 vårdavdelningar ingick i studien.

**Antal referenser:** 20

**Artikelnummer:** 6

**Författare:** Jacelon C. S

**Titel:** Older adults and autonomy in acute care: increasing patients' independence and control during hospitalization.

**Tidskrift:** Journal of Gerontological Nursing

**År:** 2004

**Land:** England

**Syfte:** Att utveckla en teori som förklarar hur beteenden hos äldre patienter påverkar deras sjukhusvistelse.

**Metod:** Kvalitativ metod, Grounded theory, djupintervjuer och observationer.

**Urval:** 5 patienter

**Antal referenser:** 24

**Artikelnummer:** 7

**Författare:** Jacelon C.S

**Titel:** Attitudes and Behaviors of Hospital Staff Towards Elders in an Acute Care Setting

**Tidsskrift:** Applied Nursing Research

**År:** 2002

**Land:** USA

**Syfte:** Att förstå hur personalens beteende och attityder mot äldre påverkar patienters sjukhusvistelse

**Metod:** Kvalitativ metod, djupintervjuer

**Urval:** 4 patienter

**Antal referenser:** 15



**Artikelnummer:** 8

**Författare:** Clarke A, Hanson J A, Ross H

**Titel:** Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach

**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing

**År:** 2003

**Land:** England

**Syfte:** Att undersöka om en biografisk approach- i form av historieberättande-kan användas för att förstå mer av äldre patienters behov och intressen

**Metod:** Kvalitativ metod, practice development approach, semi-strukturella intervjuer

**Urval:** 8 patienter och deras anhöriga, två fokusgrupper av personal

**Antal referenser:** 65

**Artikelnummer:** 9

**Författare:** Ruland C M, Kresevic D, Lorensen M

**Titel:** Including patient preferences in nurses' assesment of older patients

**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing

**År:** 1997

**Land:** USA

**Syfte:** en explorativ studie för att undersöka om ett verktyg, Lorensen's self-care capability scale är användbart för att inkludera äldre patienters preferenser i bedömandet av äldre patienter

**Metod:** En explorativ pilotstudie av ett skattningsinstrument

**Urval:** Två avdelningar valdes ut, 4 patienter provade modellen, ytterligare 8 äldre som inte var på sjukhus fick fylla i utvärderingsformuläret och ge feedback i diskussionsgrupper

**Referenser:** 32

**Artikelnummer:** 10

**Författare:** Penney W, Wellard S J

**Titel:** Hearing what older consumers say about participation in their care

**Tidskrift:** International Journal of Nursing Practicte

**År:** 2007

**Land:** Australien

**Syfte:** Undersöka äldre patienters upplevelse av delaktighet på en akutvårdsavdelning

**Metod:** critical ethnographic design, djupintervjuer med patienter och sjuksköterskor samt observationer

**Urval:** 36 patienter och 31 sjuksköterskor

