



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA

PATIENTENS UPPLEVELSE AV DELAKTIGHET I SIN POSTOPERATIVA VÅRD

En kvalitativ intervjustudie

Sandra Hermansson
Frida Lorensen

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård, 60 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2021
Handledare:	Ann-Sofie Magnusson
Examinator:	My Engström

Titel svensk:	Patientens upplevelse av delaktighet i sin postoperativa vård
Titel engelsk:	Patient's experience of participation in their postoperative care
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård, 60 hp
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/2021
Handledare:	Ann-Sofie Magnusson
Examinator:	My Engström
Nyckelord:	Delaktighet, postoperativ omvårdnad, kvalitativ intervjustudie

Sammanfattning

Bakgrund: Hälso- och sjukvård ska utformas och genomföras tillsammans med patienten. Patienten ska vara delaktig i sin vård och vara en del av vårdteamet. Patientlagen syftar till att stärka patientens position i hälso- och sjukvården och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Under sjuksköterskans utbildning diskuteras vikten av patientens delaktighet i vården. Därav har sjuksköterskan stor kännedom om begreppet och dess innebörd. Forskning tyder på att det kan finnas en skillnad vad begreppet delaktighet innebär för patienten gentemot vad sjukvården har för förväntningar och syn på delaktighet. För att patienten ska få rätt förutsättning till delaktighet krävs det att sjuksköterskan får kännedom om vad delaktighet betyder för patienten.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelse av delaktighet i sin postoperativa vård.

Metod: En kvalitativ intervjustudie valdes där åtta patienter intervjuades. Deltagarnas medelålder var 69 år med en medelvårdtid på 10 dagar. Deltagarna vårdades på tre kirurgiska avdelningar på två sjukhus i Västra Götaland. En kvalitativ innehållsanalys genomfördes med fokus på manifest innehåll.

Resultat: Fyra tema blev centrala för patientens upplevelse av delaktighet. Det första temat stod för patientens egenmakt. Det andra temat visade att patienten har en följsamhet mot sjukvården. Det tredje temat belyste en tvåvägskommunikation med betoning på information från vårdpersonal och möjlighet för patienten att ställa frågor. Slutligen, det fjärde temat innefattade personalens bemötande som främjade delaktighet för patienten.

Slutsats: Studiens resultat belyste en del likheter med resultat från tidigare forskning. Där ibland att en tvåvägskommunikation är betydelsefull för patientens delaktighet, samt att vårdpersonalens förhållningssätt är viktigt. Studien belyste även att det finns en nödvändighet att veta vad delaktighet innebar för patienten så att sjuksköterskan kan arbeta och främja patientens delaktighet.

Nyckelord: delaktighet, postoperativ omvårdnad, kvalitativ intervjustudie

Abstract

Background: Health care must be designed and implemented together with the patient. The patient must be involved in their care and be part of the team. The purpose of the Patient Act is to improve patient's position in healthcare and improve integrity, self-determination, as well as patient participation. During the nurse's education, the importance of the patient's participation is discussed. As a result of that, nurse's develops great knowledge of the concept and its meaning. Research has indicated that there may be a difference in what the concept of participation means for patients, compared to the expectations the healthcare system has. In order for the patient to have the right prerequisite for participation, it is necessary that the nurse becomes aware of what participation means for the patient.

Aim: The aim of the study is to describe patient's experience of participation in their postoperative care.

Method: A qualitative interview study was chosen in which eight patients were interviewed. The average age of the participants was 69 years with an average care period of 10 days. The participants were each cared for in three surgical wards at two hospitals in Region Västra Götaland. A qualitative content analysis was conducted with a focus on manifest content.

Results: Four themes became central. The first theme included patient empowerment. Secondly, showed that the patient performed compliance toward the healthcare system, and that made them involved. The third theme focused on Two-way communication, with an emphasis on information and the opportunity to ask questions. Lastly, the fourth theme includes staff attitudes which enhanced patient participation.

Conclusion: This study states similarities with results from previous research. Such as the importance of having a two-way communication and the healthcare professional's approach. Furthermore, this study also highlights that it is essential to know what participations means for the patient, for the nurse to promote and practice accurate patient participation.

Key words: participation, postoperative care, qualitative interview study

Förord

Under utbildningen till specialistsjuksköterska med inriktning mot kirurgisk omvårdnad har intresset för patients delaktighet kommit bli intressant. Därför var det en självklarhet för oss att ta reda på hur patienten ser på sin delaktighet postoperativt och hur de upplever sig delaktiga. Möjligheten att få intervjua deltagarna har varit betydelsefullt och att skriva arbetet har varit utmanade, spännande och mycket lärorikt.

Vi vill börja med att rikta ett stort tack till Dig som ställde upp på en intervju. Utan dig hade inte detta varit möjligt. Tillsammans med Dig har vi nu fått ett betydelsefullt resultat som vi kan ta med oss till våra verksamheter.

Vi vill också rikta ett stort tack till vår handledare Ann-Sofie som hjälpt oss genom arbetets gång och kommit med kloka råd och värdefull feedback.

Slutligen vill vi tacka varandra och våra arbetsplatser för ett gott samarbete!
Trevlig läsning,

Sandra och Frida.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Delaktighet.....	1
Delaktighet i hälso- och sjukvården.....	1
Lagar och styrdokument som stödjer patientens delaktighet.....	2
Hälso- och sjukvårdens förväntningar av patientens delaktighet	3
Sjuksköterskan och delaktighet.....	3
Främjande och hinder för delaktighet	4
Postoperativ vård – Kirurgisk eftervård	6
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	7
Design.....	7
Urval	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys	8
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	9
Patientens egenmakt	10
Eget ansvar.....	10
Få bestämma själv.....	11
Följsamhet gentemot vården.....	11
Tvåvägskommunikation	13
Individanpassad information.....	13
Bli lyssnad på.....	14
Möjlighet att ställa frågor.....	15
Vårdpersonalens bemötande.....	15
Förhållningsätt hos vårdpersonal	15
Tillgänglig vårdpersonal	16
Tillit till vårdpersonal	17
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18

Resultatdiskussion	20
Patientens egenmakt.....	20
Följsamhet gentemot vården	20
Tvåvägskommunikation.....	21
Vårdpersonalens bemötande	22
Slutsats och kliniska implikationer	23
Referenslista	24
Bilaga 1. Intervjuguide.	29
Bilaga 2. Skriftlig information till deltagare.	30
Bilaga 3. Kort sammanfattning om studien	32

Inledning

Varje individ som söker vård ska bemötas med respekt för människors lika värde, självbestämmande och integritet (SFS 2017:30, kap 5 § 1). Patientlagen (SFS 2014:821) finns för att stärka patientens position i hälso- och sjukvården och främjar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vården ska utformas och genomföras tillsammans med patienten och utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patienten ska medverka i sin vård och bli en del av vårdteamet (SFS 2014:821, kap 5). Att vara delaktig i sin egen vård kan bidra till att öka motivationen att förbättra sin egen situation.

Under såväl grundutbildning till sjuksköterska som specialistutbildning studeras och diskuteras vikten av patientens delaktighet i vården. Sjuksköterskan har därmed en stor kännedom om begreppet och dess innebörd. Däremot visar tidigare forskning att det kan finnas en skillnad vad begreppet delaktighet innebär för patienten gentemot vad sjukvården har för förväntningar och syn på delaktighet. För att patienten ska få rätt förutsättning till delaktighet krävs det att sjuksköterskan får kännedom om hur patienten ser på begreppet delaktighet och vad det innebär för dem.

Bakgrund

I bakgrunden beskrivs innebörden av delaktighet som begrepp och hur begreppet används inom hälso- och sjukvård. Därefter beskrivs lagar och styrdokument som stärker patientens delaktighet i vården och som sjuksköterskan ska förhålla sig till. Patientens roll och vad som förväntas av patienten för att uppnå delaktighet samt sjuksköterskans påverkan av delaktighet beskrivs därefter. Vidare beskrivs vad som främjar samt vad som försvårar delaktigheten för patienten. Slutligen beskrivs den postoperativa fasen som patienten genomgår efter operation.

Delaktighet

Delaktighet är ett begrepp som används i både styr- och vägledande dokument och är ett vardagligt begrepp inom vården. I följande avsnitt beskrivs begreppet delaktighet, betydelsen inom hälso- och sjukvården samt berörda lagar och styrdokument. Vidare förklaras även förväntningar som hälso- och sjukvården har på patienten för att denne ska kunna vara delaktig samt sjuksköterskans syn på delaktighet och främjande och hinder till delaktighet.

Delaktighet i hälso- och sjukvården

Cahill (1966) publicerade den första vetenskapliga analysen av delaktighet i vården. Studien beskrev relationen och kommunikationen mellan patient och vårdpersonal som en central utgångspunkt för att främja patientens delaktighet. Vårdpersonalen skulle minska avståndet i sin relation till patienten. Denna begreppsanalys syftade till dåtidens maktposition och därefter har flertalet nya definitioner kommit upp. Sahlstens m.fl. (2008) begreppsanalys av delaktighet ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är samstämmig med Cahills (1966) litteraturoversikt och beskrev vikten av att sjukvården bör lämna ifrån sig en del av sin makt för att kunna etablera en delaktighet. Vidare utvecklade Sahlsten m.fl. (2008) att delad information och kunskap, samt ömsesidighet och engagemang i en aktivitet kännetecknar delaktighet. Sahlstens m.fl. (2008)

definition av delaktighet gav ett vidare perspektiv på vad delaktighet innebar till skillnad mot Cahill (1966). Begreppet delaktighet blev inte bara en innebörd att skifta makten mellan sjukvårdspersonal och patient, utan även att tillvarata de resurser som patienten har och kan bidra med. Patienten blev delaktig i beslutsfattande av sin vård och behandling (Sahlstens m.fl., 2008).

I en senare begreppsanalys av Castro m.fl. (2016) analyserades begreppet till det engelska begreppet *patient empowerment* som har översatts till svenskans "egenmakt". Delaktighet definieras som patientens rättighet och möjlighet till att påverka och engagera sig i beslutsfattandet om sin vård. Samtal anpassas till personens preferenser, potential samt erfarenhetsmässiga och professionella expertkunskap. Patientens delaktighet kan bidra till egenmakt och genom att fokusera på delaktighet (där delaktighet är beslutsfattande) skapas förutsättningar för personcentrering som leder till egenmakt (Castro m.fl., 2016).

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) definierar delaktighet som en persons engagemang i sin livssituation (WHO, 2001). Denna definition innebär en delaktighet i rollen som patient och engagemang i hela sin vårdssituation så som att medverka i beslut, planering samt utövning av egenvård. Denna definiering tenderar att stämma bättre överens med patientens syn och upplevelse av delaktighet (Eldh m.fl. 2010).

Lagar och styrdokument som stödjer patientens delaktighet

Delaktighet återfinns i patientlagen (SFS 2014:821, kap. 5) som ett eget kapitel och har som syfte att stärka patientens ställning i vården, främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Sjukvård ska genomföras i samråd med patienten och utgå från patientens önskemål. Patienten har rätt till information om behandlingsmöjligheter för att kunna bestämma vilken behandling som önskas samt ges förutsättningar för delaktighet (SFS 2014:821, kap 5 § 1; § 2). Varje enskilda människas värdighet, integritet och självbestämmande är en förutsättning för patientfokuserad hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2009a). Förståelse och insikt är två viktiga förutsättningar för att delaktighet hos patienten ska uppnås. Patienten är expert på sin egen situation, sjukdom och skada men är beroende av sjukvårdens kompetens, resurser och beslut (Socialstyrelsen, 2009a). Socialstyrelsen (2009a) belyser även att patientens delaktighet har stor betydelse för en säker vård och för vårdens resultat. Delaktighet leder till ökad motivation att förbättra sin situation hos den enskilde patienten (Socialstyrelsen, 2009b). Brist eller avsaknad av delaktighet innebär bristande helhetsyn, vårdresurser förslösas, vårdprocesser som inte utgår från patientens behov, otillfredsställande ojämlikhet i hälso- och sjukvård samt en stark fokusering på behandlande i stället för förebyggande insatser (Socialstyrelsen, 2009a). Vidare belyser även SBU (2017) att patientens delaktighet bör främjas för att uppnå goda hälso-effekter hos patienten. Patientens egna resurser utnyttjas och samstämmigheten mellan hälso- och sjukvårdspersonalen blir bättre. Dessutom främjas patientens mål och ger patienten möjlighet att uppleva ökad tillfredställelse med vården (SBU, 2017)

Sjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska ge förutsättningar till patienten så att denne ska kunna prioritera och fatta beslut om vårdens innehåll, mål, medel och uppföljning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Genom att utgå från patientens berättelse kan sjuksköterskan identifiera vad hälsa betyder för den enskilda patienten och därmed skapa förutsättningar för att främja hälsa. Vidare belyser även ICN vikten

av god vård, där den etiska koden för sjuksköterskor används, så god vård kan åstadkommas samt delaktighet i den dagliga omvårdnaden främjas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Även vikten av en omvårdnadsrelation med maktbalans betonas så att patient och närstående upplever delaktighet, trygghet och respekt. Vidare belyser kompetensbeskrivningen för den legitimerade sjuksköterskan med specialistsjuksköterskeexamen (NFSK, 2014) vikten av att forma vården till den kirurgiska patienten utifrån patienten och närståendes delaktighet. Specialistsjuksköterskan se patienten utifrån enskild person och genom kommunikation dela innebörden av vad vården innebär för just den patienten.

Hälso- och sjukvårdens förväntningar av patientens delaktighet

Delaktighet är en persons engagemang i sin livssituation och delaktighet i rollen som patient innebär att vara engagerad i hela sin vårdsituation. Det innefattar medverkande i beslut, planering samt utövning av egenvård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Genom delaktighet kan goda hälsoeffekter och ökad patientsäkerhet uppnås hos patienten så som följsamhet till rekommendationer, bättre behandlingsresultat vid kroniska sjukdomar samt patientens tillfredsställelse med vården (Socialstyrelsen, 2009b; SBU, 2017). Patientens delaktighet och inflytande har ökat i sjukvården vilket innebär ökade möjligheter för patienten att spela en mer aktiv roll inom vården (Socialstyrelsen, 2009b). Genom att patienten aktivt själv medverkar vid olika vårdmoment, med syfte att minimera felaktiga åtgärder, ökar patientens trygghet, minskar vårdskador samt leder till färre återinläggningar (Socialstyrelsen, 2009b).

Idag krävs det att patienterna tar mer ansvar för sin egen vård, både före och efter kirurgi men även under sin återhämtning. Patienten ansvarar själv för sin hälsa och vidtar aktiva åtgärder för att behålla och förbättra sin hälsa och genom delaktighet ges ett ökat ansvar till patienten. Anakwe och Rahkovsky (2018) beskrev patientens ansvar och egenvård som att förebygga ohälsa men även hantera sin befintliga sjukdom. Patientens egenvård beskrevs som livsstilsförändringar så som kost, fysik aktivitet, involvera anhöriga och förbättra sin hemsituation. Egenvård bestod även av att följa hälso-och sjukvårdens upplysningar så som sluta röka, närvara vid planerad uppföljning och förhållningsregler efter behandling och rehabilitering (Anakwe & Rahkovsky, 2018).

Patientens delaktighet utgår från patientens behov och möjligheter och det förutsätter att patienten själv, i möjligaste mån, är delaktig i sin egen vård och planering, samt är en i vårdteamet. Delaktigheten måste vara frivillig och en patient som inte vill eller kan vara delaktig i sin vård och behandling ska inte riskera att få en sämre vård. För att patienten ska kunna bedriva en effektiv egenvård är det viktigt att få stöd och tillgång till den kunskap som krävs för att själv kunna ta ansvar för sin egenvård. Individuella bedömningar och riskanalyser ska göras när det gäller den egenvård en person själv kan och ska göra. Vårdpersonal måste öka patientens kunskap och förmåga att hantera sin sjukdom, sina symtom och sin behandling. Detta ökar även patientens delaktighet i vården och ger verktyg att hantera sådant som upplevs som problematiskt (SBU, 2017).

Sjuksköterskan och delaktighet

Forskning visar att för att uppnå god patientdelaktighet belyste sjuksköterskor vikten av; att lyssna på patienten, engagera patienten i sin vård, delvis släppa taget om ansvaret och att se patienten som expert på sin egen kropp. Dessa fyra delar, upplevde sjuksköterskor, skulle vara uppfyllda för att kunna utveckla en relation med patienten (Oxelmark m.fl. 2018). Genom att

möjliggöra och dela ansvaret med patienten ökade delaktigheten. Utrymme för frågor och att rätt information ges vid rätt tidpunkt, ansågs nödvändigt för att patienten ska kunna delta i sin vård (Islind m.fl. 2020; Larsson m.fl., 2007; 2011). Ett delat beslutsfattande är ett kommunikativt arbetssätt som ger patienten förutsättningar till att bli delaktig i beslut om vård och behandling (Stiggelbout m.fl. 2015). Engagera patienten i sin omvårdnad kan vara att låta patienten bädda sin egen säng, hämta sin mat eller planera sin mobilisering men även sköta sin egen medicinering, i den mån det går (Larsson m.fl., 2011; 2007; Oxelmark m.fl. 2018; Tobiano m.fl. 2015a).

Vidare upplevde sjuksköterskor att patienter involverades i sin delaktighet om de i sin tur motiverade patienten och använde en humoristisk ingång till samtal. Dock betonade sjuksköterskor att det krävdes en god relation mellan patient och sjuksköterska för att kunna använda sig av en sådan typ av kommunikation. Sjuksköterskan bör också upplysa patienten samt förse dem med information om bakgrunden till deras handlingar. Genom en välinformerad patient kan delaktighet främjas (Tobiano m.fl. 2015a).

Enligt en systematisk litteraturöversikt kan patienten vara delaktig på två olika sätt enligt sjuksköterskorna. Den fysiska delaktigheten står för deltagande i omvårdnaden och är ett sätt för patienten att vara delaktig. Patienten uppmuntras och motiveras till att vara så självständig som möjligt. Det andra sättet att vara delaktig är om patienten är verbal. Det innefattar att patienten även kan vara informativ mot sjuksköterskan och exempelvis påtala vad läkare sagt på rond. Den kliniska kommunikationen som utgörs av att patienten även ställer frågor angående sin vård, är en viktig del av patientdelaktighet (Tobiano m.fl. 2015a).

Främjande och hinder för delaktighet

Enligt Larsson m.fl. (2011) upplevde patienten en positiv upplevelse av delaktighet när sjuksköterskan visade genuin närvaro och eftersökte patientens erfarenheter och synpunkter samt tillhandahåller meningsfull och tillräcklig information. Sjuksköterskans tillgänglighet och finnas till hands när patienten behövde påverkade patientens delaktighet samt spontana samtalsinbiter som stimulerades och öppnade dörren för delaktighet (Larsson m.fl., 2011; 2007).

Individanpassad information av samma sjuksköterska var betydelsefullt för att engagera och motivera patienten till att aktivt delta i sin egen vård. Informationen skulle vara trovärdig, begripligt och meningsfullt och anpassad på ett språk som patienten förstod. Hälso- och sjukvårdspersonalens engagemang och motivation påverkade patientens delaktighet och genom fokus på patients delaktighet underlättades ett personcentrerat tillvägagångssätt, som i sin tur ledde till att patientens egenmakt förstärktes (Hartford m.fl. 2018; Castro m.fl. 2016). Således är sjukvårdspersonalens engagemang och motivation en förutsättning för god patientdelaktighet. Begränsningar som sjuksköterskor upplevde i sjukvården kunde i sin tur utgöra ett hinder till att optimera patientens delaktighet. Dessa begränsningar kunde vara vårdavdelningens rutiner samt att den traditionella vårdkulturen tenderade att ta beslut åt patienten i stället för att involvera dem (Oxelmark m.fl., 2018; Tobiano m.fl. 2015a). En del sjuksköterskor upplevde även att sekretessen kunde utgöra ett hinder för patientdelaktighet (Tobiano m.fl. 2015a).

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU, 2017) rapport från 2017 visade att brist på kontinuitet i vården på grund av hög personalomsättning eller tidsbrist kunde utgöra

ett organisatoriskt hinder till delaktighet. Även dokumentation om patientens önsknings-, behov och resurser kunde osynliggöra viktiga vård- och behandlingsbehov. Om patienten inte tror på sin egen förmåga att förstå, hantera problem och utmaningar kan det leda till att patienten väljer att inte vara delaktig utan lämnar över beslutsfattande till vårdpersonalen. Den fysiska omgivningen och frånvaron av rätt hjälpmedel kunde även bli ett hinder för patientens delaktighet. Om delaktigheten avgränsas enbart till att vara delaktig i beslut om vård och behandling minskas patientens möjlighet att vara delaktig på sina egna villkor, till exempel genom egenvård.

Brist på respekt för patientens sjukdomsinsikt hos sjuksköterskan kan utgöra ett hot mot patientdelaktighet. Likaså brist på information från hälso- och sjukvårdspersonal kan utgöra en risk för förlorad delaktighet. Att patienten inte heller får delge mål i sin behandling kan göra så att patienten inte upplever delaktighet. Patienter behöver också få känna sig motiverade och kapabla för att kunna vara delaktig i sin vård. För att uppnå det behövde patienten vara välinformerad av sjuksköterskan. Således var risken för sämre delaktighet större vid utebliven information (Tobiano m.fl. 2016). Eldh m.fl. (2010) beskrev att patienten upplevde delaktighet som att bli sedd som en person med en sjukdom, snarare än fokus på sjukdomen. Patienter upplevde även att de behövde bli sedda som en del av vårdteamet som har lika mycket värde som sjuksköterskor eller läkare. Att få interagera med sjukvårdspersonalen och inte bara bli informerade om vad som är viktigt för patienten. Brist på interaktion kan vara ett hinder för delaktighet (Eldh m.fl. 2010). Patienter uttryckte även att sjuksköterskans attityd och brist på empati från hälso- och sjukvårdspersonal utgjorde ett hinder för att patientens skulle känna sig delaktig. Å andra sidan kunde patienten uppleva att det är dem själv som begränsningen ligger hos. Att inte veta tillräckligt mycket om sin situation, låg självkänsla och överväldighet av sin sjukdom ses som begränsningar för delaktighet. Patienter uttryckte även att det fanns hinder på organisationsnivå, som att få vänta på en vårdplats eller att det inte är kontinuitet av sjuksköterskor. Otillräcklig dokumentation är hinder för delaktighet (Larsson m.fl. 2010).

Socialstyrelsen (2009b) betonade att patienter upplevde en begränsad delaktighet i sin egen vårdprocess. Vidare menade Socialstyrelsen att patientsäkerheten skulle kunna stärkas genom forskning, utbildning och utvecklingsarbete kring kommunikation i vården och kring andra faktorer som ökar patientens delaktighet. Patientens attityd och inställning till deltagande är avgörande för hur delaktig en patient är. En del patienter vill inte vara aktiva, på det sätt som hälso- och sjukvården önskar, utan är i stället passiva. Ålder, psykiskt mående, kognitiv svikt och grad av sjukdom är faktorer som avgör hur väl patienten kan vara delaktig (Tobiano m.fl. 2015a).

Patienter och vårdpersonal har enligt Eldh m.fl. (2004; 2006) inte samma värderingar vad delaktighet är. Enligt Eldh m.fl. (2004; 2006) beskriver patienten delaktighet som ansvarstagande i förhållande till sitt eget sammanhang. Vidare beskrev patienterna delaktighet som att ha mod, en rimlig god hälsa, en aktiv attityd och ansvariga för sin personliga aktivitet och kropp (Eldh m.fl., 2004; 2006). Medan sjuksköterskans värdering om delaktighet låg närmare patientens lagliga rätt till delaktighet och fokuserade på individanpassad information, aktivera patienten i vardagen samt fokus på förebyggande åtgärder (Eldh m.fl., 2004; 2006).

Postoperativ vård – Kirurgisk eftervård

Ordet postoperativ är en medicinsk term som betyder *efter operation* (Nationalencyklopedin, u.å). Den postoperativa fasen börjar i samband med att patientens operation avslutas. Under de första timmarna, efter kirurgi, krävs kontinuerliga observationer av patienten eftersom risken för komplikationer då är som störst. Patienten tillbringar denna tid på en uppvakningsavdelning eller intensivvårdsavdelning, beroende på vilket ingrepps som utförts, tills dessa att patientens tillstånd tillåter en förflyttning till en kirurgavdelning (Hansen & Holm, 2000). Idag kommer patienterna tillbaka till vårdavdelningen snabbare efter kirurgiska ingrepp vilket resulterar till en ökad avancerad omvårdnad och övervakning på vårdavdelningen. Patienterna är oftast äldre och det kvävs mer planering av den postoperativa vården, utskrivning och uppföljning i hemmet. Därför är det viktigt att patienten tidigt får kunskap och möjlighet om vad som krävs för att vara delaktiga i sin sjukhusvård, tidigt efter sitt kirurgiska ingrepp (Jangland m. fl., 2012).

Fokus i denna studie var patienters upplevelse av delaktighet i postoperativ vård med fokus på patienter som genomgått bukkirurgi. Med bukkirurgi i detta arbete menas ett kirurgiskt ingrepp i en persons bukregion för att diagnostisera eller behandla ett kirurgiskt tillstånd på grund av skada, trauma eller smärta (Andersson m.fl., 2012). Bukkirurgi kan utföras med två olika tekniker, antingen genom laparotomi (öppen operation) eller laparoscopi (titthål). Det finns fördelar och nackdelar med de olika teknikerna men studier har visat att laparoskopisk kirurgi jämfört mot laparotomi förkortar sjukhusvistelsen, ger mindre risk för operativ blödning, skapar lägre postoperativa komplikationer, ger mindre postoperativ smärta och även mindre sårinfektioner. (Zhang m.fl., 2019; Riviere, 2016).

Det postoperativa omhändertagandet har sitt fokus i återhämtning för patienten och den ansvariga sjuksköterskan lindrar symtom och observerar patientens allmäntillstånd och välmående (Lindwall, 2015). Vad gäller rutiner kring postoperativt omhändertagandet efter bukkirurgi skiljer sig åt mellan sjukhus, genom lokala rutiner och PM samt vilken operation som genomförts (Lindwall, 2015; Vårdhandboken, 2020). Flera rutiner är dock gemensamma så som observation av patientens andning, blodcirkulation, smärta, illamående, nutrition, mobilisering, medvetandegrad, förband eller drän och välbefinnande (Vårdhandboken, 2020).

Problemformulering

Hälso- och sjukvården har ett ansvar att stödja patienten till att vara delaktig i sin vård. Delaktigheten anges såväl i patientlagen som i kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska. Med delaktighet tros vården bli säkrare, öka patientens motivation och leda till färre återinläggningar. Sjuksköterskor och patienter tycks dock ha skilda uppfattningar om vad delaktighet innebär. För att ge patienten rätt förutsättning till delaktighet krävs det att sjuksköterskan får kännedom om hur patienten ser på begreppet delaktighet och vad delaktighet innebär i ett postoperativt skede.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva patienters upplevelser av delaktighet i sin postoperativa vård.

Metod

Design

Då syftet med denna studie var att beskriva patientens upplevelse av delaktighet i samband med sin postoperativa vård, valdes en kvalitativ metod. Den kvalitativa metoden lämpar sig väl vid studier som har som syfte att beskriva och fördjupa sig i individers upplevelser (Polit och Beck, 2020; Graneheim och Lundman, 2017). En semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1) med en inledande öppen fråga användes för att svara på studiens syfte. Eftersom varje människa är unik med en unik upplevelse av delaktighet ger en kvalitativ intervjumetod med semistrukturerade intervjuer en möjlighet till personliga svar utan att personen blir för styrd av snäva frågor. Semistrukturerade intervjuer är fördelaktigt då intervjumallen är relativt strukturerad men samtidigt ges utrymme för följdfrågor. Inleda med en öppen fråga skapar ett inbjudande klimat (Danielson, 2017; Polit & Beck, 2020). Resultatet analyserades med Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys med huvudsakligen fokus på manifest innehåll.

Urval

Genom att ha en bred variation på deltagarna i en studie kan det bidra till fler aspekter av fenomenet och därför valdes ett strategiskt urval där kön och ålder kom att ingå (Polit & Beck, 2020). Deltagare av båda könen och från 18 år och äldre inkluderades. Deltagarna skulle genomgått bukkirurgi och vårdats minst tre postoperativa vårddygn. Vidare skulle deltagarna förstå och tala svenska för att minska risken för eventuella missuppfattningar under intervjun. Under studiens gång ändrades det strategiska urvalet till slumpmässigt då det var svårt att få deltagare till studien men samma inklusionskriterier behölls.

Datainsamling

Deltagarna till studien vårdades på tre kirurgavdelningar på två olika sjukhus i Västra Götaland. Vårdavdelningarna informerades om pågående studie samt vilka inklusionskriterier som förelåg. Avdelningarna meddelade sedan när lämplig deltagare, till studien fanns. Därefter beslutades om patienten var en lämplig deltagare eller inte utifrån inklusions- och exklusionskriterierna. Ansågs patienten lämplig gavs muntlig och skriftlig information om studien (bilaga 2) till patienten. En mycket kort sammanfattning om studien lades till (bilaga 3), då författarna upplevde att det var svårt att få deltagare till studien på grund av för mycket information till patienterna. Efter att den korta sammanfattningen lades till, upplevdes patienterna mer motiverade.

Önskade patienten delta i studien lämnades ett muntligt samtycke. I anslutning till patientens utskrivning fick patienten själv välja om intervjun skulle ske fysiskt på avdelningen där patienten vårdats eller i sin hemmiljö via telefon.

Vid intervjuerna användes en intervjuguide (bilaga 1) utformade av författarna. För att säkerställa att guiden svarade på studiens syfte gjordes först en pilotintervju. Guiden testades på två patienter, en på vardera sjukhus, och guiden justerades inte efter pilotintervjun. Guiden var utformad utifrån studiens syfte med öppna frågor för att minimera risken att styra deltagarnas svar. Frågorna var riktade mot hur patienten upplevde delaktighet i den

postoperativa perioden. Berättade deltagarna däremot om sina preoperativa upplevelser av sin delaktighet, som kunde relateras till postoperativa upplevelser, valdes dessa upplevelser att inkluderas. Deltagarna som ingick i pilotintervjun inkluderades även i studiens resultat.

Intervjun inleddes med en presentation av författarna och information om studien. Författarna gjorde fyra intervjuer vardera och intervjuerna spelades in via mobiltelefon som var på ”flygplans-läge” för att undvika störningsmoment under intervjun (Polit och Beck, 2020). Intervjuerna varade mellan 6 och 29 minuter med ett medelsnitt på 17 minuter.

Dataanalys

Det inspelade materialet transkriberades samma dag eller någon dag efter intervjun för att minimera risken för fel vid transkriberingen. Intervjun transkriberades ordagrant men hummanden och stakningar från författare och patient utelämnades i texten. Även utsvävningar från ämnet utelämnades i transkriberingen. Citat som presenteras i resultatet justerades för att göra patientens förklaring rättvist. Deltagarna fick nummer ett till åtta och varje mening numrerades för att lätt hitta i texten vid analysen. Efter transkriberingen raderades ljudinspelningen. Det transkriberade materialet sparades på författarnas datorer tills det blev analyserat och utskrivet.

Efter intervjuerna var transkriberande flyttades dessa till ett och samma dokument på datorn som delades mellan författarna. Intervjuerna lästes igenom noggrant flera gånger av båda författarna för att få en överblick och förståelse av resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter lyfte författarna tillsammans ut meningsbärande enheter, i form av stycken och meningar, till ett nytt dokument. Meningsenheterna kondenserades så att meningen framträdde men utan att tappa det centrala i innehållet. Därefter kodades de kondenserande meningsenheterna och bildade tema med tillhörande subtema (Graneheim & Lundman, 2004). Se tabell 1 nedan för översikt. Arbetet kom att få fyra antal tema med upp till tre antal subtema. Dessa presenteras i resultatet.

Tabell 1. Översikt av den kvalitativa innehållsanalysens olika delar

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subtema	Tema
...jag hade nog informationen men jag hade inte... jag fattade inte den...man måste liksom ta det i klarspråk helt och hållet... deltagare 5.	Fått information men jag förstod den inte. Måste talas i klarspråk helt och hållet för att jag ska förstå.	Informationen ska vara i klarspråk	Individanpassad information	Tvåvägskommunikation

Etiska överväganden

Vid en kvalitativ studie är det viktigt att vara medveten om att integriteten hos patienten kan komma att beröras. Lagen (SFS 2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor skyddar den enskildes integritet och styr forskningsarbete. Etikgruppen vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet kontrollerar examensarbete varpå ansökan om detta examensarbete lämnades in och godkändes. Detta arbete behandlas och beaktas efter Helsingforsdeklarationen (2013). Föreliggande studie beaktar också de sex principer som International Council of Nurses, ICN (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017b), beskriver som syftar till att skydda patienter mot skada.

Avdelningarnas verksamhetschefer fick information om examensarbetet samt tog del av den information som givits till etikgruppen vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs Universitet. Verksamhetscheferna godkände föreliggande studie skriftligt.

Patienten har rätt till full information och därför fick patienterna som deltog både skriftlig (bilaga 2) och muntlig information. Information som delgavs var studiens syfte, tillvägagångssätt, hantering av uppgifter och vilka risker och fördelar som kan uppkomma vid deltagandet (Cöster, 2014; Kvale & Brinkmann, 2014). Deltagandet till studien var frivilligt och deltagarna kunde när som helst avbryta sitt deltagande (Kvale & Brinkmann, 2014). Patienten behöll sin anonymitet genom hela arbetet och personliga uppgifter som kunde leda till deltagarna sparades inte (SFS 1998:204). Det fanns en möjlighet att intervjun kunde skapa tankar och känslor hos patienten som gjorde situationen svår att hantera. Därför fanns en beredskap att, i samråd med berörd patient, erbjuda kuratorskontakt.

Ytterligare en aspekt som belystes i studien var att patienten inte skulle känna sig tvingad att delta. För att inte riskera detta tillfrågades patienten om att delta i studien av en, för studien, oberoende sjuksköterska. För att undvika en beroendeställning vårdades inte deltagarna av intervjuaren (Cöster, 2014). Kännedomen om patienten sträckte sig endast till kön, ålder och antal postoperativa vård dygn. Även namn kändes till efter en presentation i samband med intervjun. Således har ingen av patienternas journal studerats.

Resultat

Totalt deltog åtta patienter i studien, fyra män och fyra kvinnor. Deltagarna var mellan 42 och 81 år med en medelålder på 69 år (68,75). Postoperativa dagar var till antalet 3–22 dagar med en medelvårdtid på 10 (9,7) dagar. En deltagare intervjuades hemifrån via telefon, dagen efter utskrivning. Sju deltagare intervjuades på vårdavdelning, i samband med utskrivningen.

Analysen av data utmynnade i fyra tema och nio subtema som beskrev patientens upplevelse av delaktighet i samband med sin postoperativa vård.

Temagrupperna som identifierades presenteras i tabellen nedan (tabell 2):

Tabell 2. Översikt av tema och subtema gällande patientens upplevelse av delaktighet i sin postoperativa vård.

Tema	Subtema
Patientens egenmakt	Eget ansvar
	Att få bestämma själv
Följsamhet gentemot vården	
Tvåvägskommunikation	Individanpassad information
	Bli lyssnad på
	Möjlighet att ställa frågor
Vårdpersonalens bemötande	Förhållningssätt hos vårdpersonal
	Tillgänglig vårdpersonal
	Tillit för vårdpersonal

Merparten av deltagarna beskrev delaktighet som ett svårt ämne och de famlade och letade efter svar. *"Jag vet inte riktigt vad jag ska svara på den frågan"* (deltagare 4) eller *"Jag har inte riktigt tänkt på det ordet"* (deltagare 5). Således hade deltagarna svårt att beskriva vad delaktighet innebar för dem. Trots svårigheten att beskriva begreppet delaktighet, beskrevs i stället upplevelsen av delaktighet postoperativt av deltagarna, vilket var studiens syfte. Nedan presenteras fyra tema som kom att bli centrala för patientens upplevelse av delaktighet i sin postoperativa vård.

Patientens egenmakt

En deltagare beskrev delaktighet som *"delaktighet är naturligtvis att man har möjlighet att påverka sin egen situation"* (deltagare 3). Det första temat, patientens egenmakt, innefattade deltagarnas egna ansvar över sin situation men också möjligheten att påverka sin vård och därmed ta kontroll över sin egen kropp och situation.

Eget ansvar

Deltagarna berättade att de utöver sjukvården, också hade ett eget ansvar i sin återhämtningsfas. Att göra saker trots en känsla av trötthet beskrevs av deltagarna. Det egna ansvaret handlade om att deltagarna själva bestämde över smärtlindring eller själv läst om postoperativ återhämtning eller mobilisering. Dessutom påtalades vikten av vilja lära sig själv vissa moment för att sedan kunna sköta sig själv i hemmet.

"Så jag håller ju på att lär mig detta så jag ska kunna åka hem och göra detta själv"

Deltagare 7, 80 år, 8 postoperativa vårddyggn

Vikten av det egna ansvaret inför hemgång beskrivs av en patient så här:

"Men sprutorna har jag kollat på som jag ska få ta. Det har dom visat hur jag ska ta"

Deltagare 2, 79 år, 6 postoperativa vårddyggn

En deltagare uttryckte att det egna ansvaret för mobilisering var en självklarhet:

” Nej, men det viste jag redan innan. Jag har läst det innan. Och jag vet hur viktigt det är efter operation att du ska gå upp med en gång”

Deltagare 3, 71 år, 6 postoperativa vårddygn

Få bestämma själv

Deltagarna uttryckte även en känsla av delaktighet i sin vård när de fick möjlighet att bestämma över sin egen situation. Det kunde vara smärtlindring, hur mycket man orkade mobiliseras, eller när vilan skulle inträffa. Två deltagare beskrev känslan att få bestämma själv som:

”jag vet att precis efter operationen då hade jag sån här ryggmärgsbedövning och då hade man en grej som man kunde trycka på. Ville jag ha mer (smärtlindring) kunde jag trycka på den. Å det kände jag var jättebra för då kunde jag bestämma det själv”

Deltagare 3, 71 år, 6 postoperativa vårddygn

Samma deltagare beskrev även:

”Första gången gick hon (personal) där ute med mig, men hon tyckte jag kunde gå själv. Och det var också en sån sak som jag bestämde själv, hur mycket jag ska gå upp. Ska jag sitta här eller lägga mig i sängen. Det kunde jag också vara delaktig i, i hur aktiv man är”

Deltagare 3, 71 år, 6 postoperativa vårddygn

En annan deltagare berättade:

”Men jag gjorde ju vad jag kunde. Dom (Sjukvårdspersonalen) ville ju gärna att jag skulle upp och gå, eller sitta uppe och så, och jag märkte ju att jag inte kunde ibland. Jag kände mig genomsvett och fick lägga mig. Och då fick jag göra det. Så jag gjorde vad jag kunde och klarade av”

Deltagare 2, 79 år. 6 postoperativa vårddygn

En annan deltagare berättade att delaktighet innebar att få vara med och bestämma:

”Det innebär väl att man får vara med och bestämma på något sätt då och sen vad det handlar om det beror ju på...”

Deltagare 5, 81 år, 22 postoperativa vårddygn

Följsamhet gentemot vården

Det andra temat kom att bli den följsamhet som patienter väljer att ha gentemot sjukvården. Deltagarna uttryckte på olika sätt hur de var delaktiga i sin omvårdnad eftersom de ställde upp

på vad sjukvården rekommenderade. Det kunde vara rutiner i ett vårdförlopp så som genomgå röntgen, operationer och behandling men även postoperativ smärtlindring, mobilisering eller nutritionsplan. Deltagarna beskrev en följsamhet mot hälso- och sjukvården i olika moment:

*”Ja, jag ställde ju upp på alla sprutor och prover dom ville ha...
en del gjorde väldigt ont men det får man pina med”*

Deltagare 1, 80 år, 5 postoperativa vårddyggn

Följsamhet till sjukvården kunde handla om såväl undersökningar som smärtlindring:

*”För här när man kommer hit så var det röntgen, undersökning och
så. Du ska ha ryggmärgsbedövning och det var bara till att säga ja
visst”*

Deltagare 3, 71 år, 6 postoperativa vårddyggn

En annan deltagare beskrev vårdförloppet som en process som måste genomgå:

*”Men man vet ju inte riktigt i processen, för det är ju en process hela
tiden. Med medicinering hit och dit och klockor fram och tillbaka och
prover i all oändlighet. Och tester. Det är ju inget jag kan påverka,
det är ju ett standardschema mer eller mindre. Det ska tas sänka och
blodtryck och allt det där. Det är ju inget jag kan påverka eller så”*

Deltagare 4, 74 år, 6 postoperativa vårddyggn

Det framgick även att deltagarna upplevde att de rättade sig efter sjukvården eftersom deltagarna själva saknade medicinsk kunskap.

*”Nej, jag kan inte göra mer än vad jag... jag är ju patient... så jag får
ju gå med på deras grej, annars blir jag inte bra (patienten skrattar åt
sitt svar”*

Deltagare 6, 71 år, 3 postoperativa vårddyggn

Deltagarna menade att de rättade sig efter de begränsningar som förelåg postoperativt.

*”jag har inte brytt mig så långt för att får man inte äta så får man
inte”*

Deltagare 6, 71 år, 3 postoperativa vårddyggn

Ytterligare en aspekt var att deltagarna påpekade den ork som krävdes för att mäta med frågor eller aktivt delta i mobilisering:

” det hade jag inte orkat, för jag har för jag har varit väldigt trött”

Deltagare 7, 80 år, 8 postoperativa vårddyggn

Dessutom upplevde deltagarna en brist på idéer eftersom de var så pass sjuka:

”sen är man ju så pass sjuk så att man har ju inte så mycket idéer”

Deltagare 5, 81 år, 22 postoperativa vårddygn

Tvåvägskommunikation

Det tredje temat, tvåvägskommunikation, handlade om att deltagarna önskade att kommunikationen innebar att de blev informerade om sin vårdtid såväl som att de själva skulle få möjlighet att ställa frågor. Enligt deltagarna skulle informationen i sin tur vara enkel och lättbegriplig för att patienterna skulle kunna ta till sig informationen och förstå den. Till detta tema kom det att bli tre subtema: individanpassad information, bli lyssnad på och möjlighet att få ställa frågor.

Individanpassad information

Majoriteten av deltagarna tog upp information som avgörande för deras upplevelse av delaktighet i vården. De uttryckte en nöjdhet över information de fått, både preoperativt och postoperativt. Information gällande sin sjukdom, händelseförlopp och behandling upplevdes som viktigt för deltagarna och en deltagare beskrev det som:

”Ja delaktighet är att jag ska få veta så mycket som möjligt. Dels om vad jag kommer till att uppleva här och vad jag kommer till att få reda på om min sjukdom. Och vad som kommer hända med min sjukdom efteråt, eller ah, och vad dom kommer till att göra för att jag ska bli bättre. Det känner jag att som det är en delaktighet”

Deltagare 2, 79 år, 6 postoperativa vårddygn

Enligt deltagarna var informationen viktig för att förstå sin diagnos och behandling. Deltagarna beskrev också att de inte hade den medicinska kunskap som vårdpersonal har:

”jag har ju ingen medicinsk kunskap eller någonting.... dom vet ju vad jag ska göra, jag vet ju ingenting om det. ...men jag kan ju inte bestämma om vi ska göra en sak eller inte egentligen för jag vet inte... vad man bör göra...”

Deltagare 5, 81 år, 22 postoperativa vårddygn

Samt:

”Jag är ju ingen medicinare dock”

Deltagare 4, 74 år, 6 postoperativa vårddygn

Deltagarna upplevde att postoperativ information, om mobilisering, nutrition och symtomlindring var viktig för motivationen. Det var även viktigt att få information om dessa delar för att förstå varför något var viktigt och varför det skulle göras.

*”...får förklarat varför man ska göra vissa saker när man inte vill.
För man är ju inte så pigg och man vill ju helst inte. Och då
underlättar det att begripa att det kanske är nyttig att göra det här.
Eller att det är helt nödvändigt”*

Deltagare 5, 81 år, 22 postoperativa vårddygn

Deltagarna beskrev att informationen skulle vara enkel, begriplig och gärna upprepande under hela vårdförloppet. Om informationen som gavs inte var tydlig nog, var det svårt för patienten att ta till sig informationen.

*”Jag hade nog informationen men jag hade inte... jag fattade inte
den...man måste liksom ta det i klarspråk helt och hållet. ...det måste
ju förklaras på vanligt språk så man begriper någonting då i alla fall.
Annars begriper jag ingenting”*

Deltagare 5, 81 år, 22 postoperativa vårddygn

En deltagare lyfte även att information var viktigt även i de fall där patienten inte var medveten eller mottaglig för information:

*”Alltså att man är delaktig... avsett medveten eller omedveten...
man kanske bara är ett objekt men ändå är man delaktig”*

Deltagare 8, 51 år, 3 postoperativa vårddygn

Vid brist på information upplevde en av deltagarna en känsla av att bli övertalad:

*”de är ju diplomater också så, så det är klart att ibland får man
känslan av att nu blev jag övertalad i alla fall till och ja... ta de där
pillerna då eller vad det nu kunde va...”*

Deltagare 5, 81 år, 22 postoperativa vårddygn

Bli lyssnad på

En del av tvåvägskommunikationen innebar att deltagarna upplevde sig bli hörda. Deltagarnas egna funderingar som blev hörda var betydelsefulla och gav möjlighet till delaktighet. Deltagarna beskrev detta så som:

*”Ja jag tycker det och om jag har frågor och dom lyssnar på mig och
det ger något resultat”*

Deltagare 4, 74 år, 6 postoperativa vårddygn

Samt:

”Ja det är väl det...att man kan ställa frågor i och... till det här... och dom lyssnar på en och...”

Deltagare 7, 80 år, 8 postoperativa vårddyggn

Möjlighet att ställa frågor

Samtliga deltagare upplevde sig delaktiga då de ställde frågor till vårdpersonalen. Att även få svar på sina frågor var betydelsefullt. En deltagare berättar om möjlighet att få ställa frågor:

”Ställer man frågor och får svar då är man ju delaktig. Jag tror... det verkar ju som hela vården ska vara med och tycka. Eller åtminstone ställa frågor och sånt där och detta har jag gjort ordentligt och jag har fått svar också”

Deltagare 4, 74 år, 6 postoperativa vårddyggn

En annan deltagare beskrev delaktighet som möjlighet att ställa frågor om något som oroar:

”Nu har det ju kommit i toan också. Den naturliga vägen, det finns ju massor kvar. Jag frågade häromdagen är det onormalt? Men nää, de är fullt normalt sa dom”

Deltagare 1, 80 år, 5 postoperativa vårddyggn

Vårdpersonalens bemötande

Det sista temat som patienterna belyste om delaktighet var vårdpersonalens bemötande. Det speglade bemötandet som patienten fick från vårdpersonal och som främjade delaktighet hos patienten. Det finns tre subtema till detta tema: förhållningssätt hos vårdpersonal, tillgänglig vårdpersonal och tillit för vårdpersonal.

Förhållningssätt hos vårdpersonal

Deltagarna uttryckte att sjukvårdspersonalen var snälla och det fanns en värme i vårdpersonalens sätt att vara. Deltagarna beskrev vårdpersonalens förhållningssätt som:

”de har ju vart...ja...hjälpt mig med det. De har varit bussiga med”

Deltagare 7, 80 år, 8 postoperativa vårddyggn

Och:

”Nae alla gör sitt jobb jättebra. Allting fungerar jättebra. Snälla och goa är dom allihopa”

Deltagare 1, 80 år, 5 postoperativa vårddyggn

Samt:

”Nä men trevligt folk. Goa att tas med”
Deltagare 4, 74 år, 6 postoperativa vårddyg

Tillgänglig vårdpersonal

Flera deltagare belyste att personalens tillgänglighet var viktigt. Tillgänglighet innebar för deltagarna att sjukvårdspersonalen bistod med mat, uppsättning, bäddade sängarna och att deltagarna fick hjälp med det som efterfrågades.

”För jag tycker att dom kommer och ger mig min mat å dom hjälper mig med det jag behöver. Jag vet inte vad mer man ska kunna begära”

Deltagare 2, 79 år, 6 postoperativa vårddyg

Och:

”Det skötte dom om på bästa sätt. Bädda och greja, fixa och dona. Vill du ha mer kaffe och ja du vet, det var som hotell. Det var bra, bra helt enkelt”

Deltagare 4, 74 år, 6 postoperativa vårddyg.

Deltagarna ansåg det värdefullt att sjukvårdspersonalen fanns nära till hands och tillgängliga för symtomlindring eller hjälp med det som önskades.

”...jag fick hjälp hela tiden så det var bara att ringa om man behövde så de var inga problem. Hade jag ont någonstans så fick jag Alvedon och såna här små blå, en liten tablett”

Deltagare 1, 80 år, 5 postoperativa vårddyg

En annan deltagare beskrev tillgänglig personal vid smärta:

”... och då ringde jag och bad om att få någonting lite lättare då. Och då får jag ju det då liksom”

Deltagare 3, 71 år, 6 postoperativa vårddyg.

En annan deltagare berättar hur vårdpersonalen alltid var tillgänglig:

”De var ju där precis hela tiden så man kunde ju bara fråga eller be eller... ja... be en enda gång när det var någonting... så det...”

Deltagare 5, 81 år, 22 postoperativa vårddyg.

Tillit till vårdpersonal

Majoriteten av deltagarna uttryckte att det var betydelsefullt med en tillit till vårdpersonalen. Tilliten skapade ett förtroende för vårdpersonalen som i sin tur gav uttryck i en trygghet. En deltagare beskrev sin tillit mot vårdpersonalen som en vänskaplig relation:

”Näe, jag frågar och vi kan prata om vad som helst och det behöver inte vara om sjukdomen. Det kan vara privata saker tillexempel. Som man känner att man är nästan som en kompis och det tycker jag känns jätteskönt”

Deltagare 2, 79 år, 6 postoperativa vårddyggn

En annan deltagare uttryckte sin trygghet samt tillit till personalen:

”Men jag känner liksom att jag har känt mig trygg här. Det tycker jag har varit bra. Jag har litat på personalen och att ni gjort det bästa för mig. Vill jag gå gör jag det, vill jag sitta här gör jag det liksom. Men annars så tycker jag att det har flutit på och att det är jätteproffsig personal”

Deltagare 3, 71 år, 6 postoperativa vårddyggn

Att vårdpersonalen gör sitt bästa och känslan av att allt är rätt gjort beskrivs av en deltagare så här:

”Men i alla fall dom har gjort så gott dom kunnat och dom har gjort rätt. Jag har inte fått lida eller något”

Deltagare 4, 74 år, 6 postoperativa vårddyggn

Vidare beskrev en deltagare om att bli tagen på allvar:

”Ja, de har tagit mig på allvar... absolut”

Deltagare 7, 80 år, 8 postoperativa vårddyggn

En deltagare upplevde även en osäkerhet gentemot vårdpersonalens kunnande och kände då en osäkerhet gentemot vårdpersonalen:

”Vissa har inte kunskap om användande av apparater... så då undrar man egentligen om de har mätt korrekt eller bara dom försöker...”

Deltagare 8, 51 år, 3 postoperativa vårddyggn

Diskussion

Metoddiskussion

Vid studiens start diskuterades erfarenhet och förförståelse av begreppet delaktighet. Det är av stor vikt att reflektion sker över sin förförståelse inom fenomenet som ska studeras för att förstå eventuella tolkningar som görs genom arbetet och för ökad trovärdighet (Priebe & Landström, 2017). Erfarenheten av patienter som vårdas på kirurgavdelning är stor då författarna har sin anställning på kirurgklinik. Det fanns en stor förförståelse gentemot begreppet delaktighet genom utbildningen till legitimerad sjuksköterska. Utbildningen lär ut, genom föreläsningar, arbeten och lagar, att patienten ska vara delaktig i sin vård. Däremot saknas undervisning i hur patienten upplever delaktighet i sin vård. Delaktighet är heller inte något som författarnas avdelningar arbetar aktivt med vilket minskar förförståelsen av patientens upplevelse av delaktighet i verksamheten.

Studiens syfte var att beskriva patientens upplevelse av delaktighet i sin postoperativa vård vilket krävde en beskrivning av patientens upplevelse av fenomenet. Därför ansågs den kvalitativa metoden, vilket avser att studera en persons erfarenheter av ett fenomen, lämplig för att få svar på studiens syfte (Henricson & Billhult, 2017). En nackdel med den kvalitativa ansatsen är att resultatet inte är mätbart som vid en kvantitativ ansats (Henricson & Billhult, 2017). I detta fall var det svårt att beskriva en patients upplevelser i kvantitativa data och därför valdes kvantitativ ansats bort.

Ytterligare en aspekt som diskuterades var om det fanns en mening med att redovisa för vilken typ av operation som deltagarna genomgått men i detta arbete bedömdes det vara oväsentligt då arbetets syfte grundar sig i patientens upplevelser av delaktighet i sin postoperativa omvårdnad.

Från början var tanken ett strategiskt urval till studien, men då det fanns en svårighet att få deltagare till att medverka blev urvalet slumpmässigt. Eftersom studiens fokus inte låg i vilket kön eller ålder deltagaren hade, blev det slumpmässiga urvalet ändå accepterat. Patienterna som inkluderades hade erfarenhet av fenomenet som kunde svara på studiens syfte. Enligt Henricson och Billhult (2017) innehåller kvalitativa studier färre deltagare än kvantitativa studier men deltagarna i den kvalitativa studien har olika erfarenheter och kan ge rika beskrivningar av fenomenet. En begränsning med arbetet var den svårhet som fanns i att få patienter i alla åldrar att delta, då det var få patienter som tackade ja till intervju. Den anledning som uppgavs var att patienterna inte orkade genomgå intervju på grund av sitt hälsotillstånd samt att de upplevde att forskningspersonsinformation var lång och mäktig att ta till sig. Detta kan ses som en svaghet men för att få fler patienter att delta skapades ett enklare informationsblad (bilaga 3) vilket innehöll studiens syfte, en frivillighet att delta samt en önskan om att få intervjua patienten. Informationsbladet delades ut med forskningspersonsinformation (bilaga 2) vilket gav patienten en möjlighet att få en enklare information av det absolut viktigaste. På så sätt tackade fler personer ja till att medverka i studien.

Som datainsamlingsmetod tillämpades semistrukturerade intervjuer då människor har olika erfarenheter av ett fenomen. Intervjumetoden kan bidra till ett öppet klimat där patienten själv får berätta fritt om fenomenet (Pollit & Beck, 2020). Vid användning av en strukturerad intervjuguide fanns det en risk att deltagarna kunde blivit styrda och därmed givit styrda svar.

Den semistrukturerade intervjumetodiken arbetar med frågor som är utarbetade i förväg vilket är en fördel för en person som är ovan vid att intervjua. Däremot användes också den semistrukturerade intervjumetodiken för att täcka de områden som studien ville undersöka. (Danielsson, 2017; Polit & Beck, 2020). Således var den semistrukturerade intervjuguiden en styrka i studien då syftet var att veta hur en patient upplever sin delaktighet efter sin operation. Två provintervjuer, ett så kallat pilotförsök, genomfördes på två deltagare för att kontrollera att intervjuguiden svarade på studiens syfte. Enligt Danielsson (2017) är provintervjuer en styrka till studien då intervjuguiden testas, den tekniska utrustningen prövas samt intervjuaren tränas på att komma in i situationen som intervjuare. Begreppet delaktighet visade sig vara ett svårt ämne för patienterna att beskriva och en fördel hade kunnat varit att intervjua patienterna ytterligare en gång till efter första intervjun. Detta skulle kunna gett ännu mer information då ämnet delaktighet var ett fenomen som majoriteten av deltagarna inte funderat på tidigare. Med tanke på arbetets tidsbegränsning fanns inte möjlighet till att intervjua deltagarna två gånger.

För studiens analysform användes Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys med fokus på ett manifest innehåll. Den manifesta innehållsanalysen fokuserar på vad texten säger och beskriver det som tydligt framgår i texten till skillnad mot den latenta som inriktar sig på att tolka det subjektiva och fokuserar på textens underliggande betydelse (Graneheim och Lundmans, 2004; Polit & Beck, 2020). Både manifest och latent innehållsanalys tolkar text och lägger vikt på likheter och skillnader inom de koder och kategorier som uppkommer i dataanalysen men i detta arbete ligger fokus på den manifesta innehållsanalysen som analysmetod svarar an till studies syfte.

Graneheim och Lundman (2004) beskriver hur arbetets trovärdighet kan öka eller minska beroende på arbetets trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. En aspekt att beakta vid kvalitativ metod är att det inte går att generalisera resultatet, däremot är resultatet överförbart till liknande kontext som avser grupper eller situationer. Det finns en stor förståelse för att det är svårt att analysera kontext och därför har mycket tid och fokus lagts på analys av resultatet. Resultatets meningsenheter har täckt ett område och inte flera (Graneheim och Lundman, 2004) för att undvika att konflikter ska uppstå. Analysen har bearbetats både enskilt och tillsammans för att öka dess kredibilitet vilket är en styrka i arbetet. Dessutom har även handledare varit med för stöd genom analysen.

Överförbarhet är en aspekt som Graneheim och Lundman (2004) belyser och för den kvalitativa metoden kan det vara svårt att upprepa studien, gentemot vad det är med en kvantitativ studie. Å andra sidan belyste Graneheim och Lundman (2004) att en väl noggrann genomförd metodbeskrivning gav förutsättningar för upprepning av studien. För att den som läser arbetet ska kunna överföra arbetets resultat till en patientgrupp har arbetets resultat presenterats tydligt med tabell samt citat från deltagarna. Detta för att ge en klar och distinkt beskrivning av resultatets kontext, urval, datainsamling och analysprocess.

Analys och resultat presenteras i tabeller. En tabell (tabell 1) där analysen presenteras och en tabell (tabell 2) där resultatet presenteras med tema och subtema. I resultatredovisningen presenteras sedan citat från deltagarna. Sammantaget är detta gjort med strävan efter att göra analysarbete och resultatarbete transparenta för läsaren att bedöma trovärdighet och kvalitet (Graneheim & Lundman, 2004).

En etisk aspekt som ligger till grund för arbetet var att deltagarna inte skulle känna sig tvingade till att delta i studien. En sak som gjordes för att motverka detta var att en oberoende, till studien, sjuksköterska frågade om patienten ville medverka i denna intervjustudie. Däremot var den sjuksköterskan en kollega till någon av författarna. En medvetenhet fanns om att resultatet kunde innebära att även negativa aspekter lyftes och presenterades. Men då studien genomfördes med en tanke om att bidra till verksamhetsutveckling ansågs inte detta vara en beroendeaspekt. Med det sagt kan det fortfarande finnas en omedveten påverkan, dock har ändå de negativa aspekter som resulterats presenterats i denna studie.

Resultatdiskussion

Begreppet delaktighet visade sig vara ett svårt ämne för deltagarna att beskriva. Detta belyser även Eldh m.fl. (2020) som i sin studie använder sig av delvis kvantitativ såväl kvalitativ analysmetod. Efter analysen i denna studie framkom fyra tema; patientens egenmakt, följsamhet gentemot vården, tvåvägskommunikation samt vårdpersonalens bemötande. Tvåvägskommunikationen innefattade både vikten av vårdpersonalens information och kommunikation men även möjligheten för patienten att ställa frågor. Kommunikationen i sin tur, skulle vara individanpassad, enkel att förstå samt ges kontinuerligt genom hela vårdförloppet. Ett gott bemötande från vårdpersonalen belystes som viktigt och deltagarna ansåg sig delaktiga då de följde vårdens rekommendationer. Deltagarnas egenmakt och att kunna ta egna beslut påverkade delaktigheten och deltagarna var även väl medvetna om att de hade ett eget ansvar för sin hälsa.

Patientens egenmakt

Flera deltagare i denna studie beskrev delaktighet som att få vara med och bestämma och kunna påverka sin omvårdnad vilket även beskrevs av både Sahlstens m.fl. (2008) och Castro m.fl. (2016). Vården ska tillvarata de resurser som patienten har och kan bidra med. Delaktighet är patientens rättighet och en möjlighet att påverka och engagera sig i sin vård (Sahlstens m.fl., 2008; Castro m.fl., 2016). Vidare beskrev Castro m.fl. (2016) att delaktighet bidrog till egenmakt hos patienten där resultatet av behandlingen förbättrades. Enligt Björk m. fl. (2021) ansåg patienten att ansvar var något som du är skyldig dig själv, anhöriga och närstående. Ur förhållandet mellan patient och hälso- och sjukvården uppstår ett hälsoansvar, ett avtal eller ansvarshandling. Deltagarna i vår studie kände sig delaktiga när de fick vara med och bestämma. Detta är i likhet med en svensk studie av Martinsson m.fl. (2001) som belyste att ju mer erfarenhet patienten har, desto lättare hade patienten att vara en aktiv deltagare i sin vård. Alla deltagare i studien uttryckte inte att de behövde vara delaktiga på det sätt att vara *aktivt* beslutstagande eller ge förslag till vård. Däremot upplevde alla patienter sig delaktiga, oberoende av hur aktiv eller passiv man var.

Följsamhet gentemot vården

Deltagarna i studien upplevde en delaktighet när de hade en följsamhet gentemot vården. Det kunde vara att deltagaren tog prover som läkaren ordinerat eller tillåta sig mobiliseras efter operation. Deltagarna beskrev att det fanns ett "schema" att följa och de hade inte några invändningar till detta utan följde vårdens rutiner och uppmaningar. Däremot upplevde några deltagare i studien en delaktighet och nöjdhet med att sjukvården ansvarade för vården och

planeringen. I jämförelse med patientlagen står det att patienten själv har rätt att tacka nej till information om patienten själv önskar (SFS 2014:821, kap. 3 § 6). Det fanns även deltagare som upplevde delaktighet när de fick vara med och bestämma om smärtlindring eller mobilisering. Således fanns det en skillnad i hur och om patienterna har ett behov av att vara med och bestämma i alla omvårdnadsbeslut i sin postoperativa vård. Eldh (2019) och Håkansson m.fl. (2019) menade att hälso- och sjukvården ofta ser patientdelaktighet som engagemang i beslutsfattande, medan patienten själv ser delaktighet i ett bredare perspektiv. Detta var en likhet med detta resultat då patienten kände sig aktiv men är i hälso- och sjukvårdens perspektiv passiv. Ytterligare en aspekt att belysa från resultatet är att majoriteten av deltagarna tillhörde den äldre generationen. Foss (2010) menade att den äldre generationen kan anpassa sig efter sjukvården på ett sätt som den yngre generationen inte gör. Den yngre generationen ifrågasätter hälso- och sjukvården medan äldre är mer anpassningsbara. Hur som helst så är deltagarna nöjda och delaktiga i sin vård, men det är viktigt för sjuksköterskan att ha kännedom om att äldre kan dölja sina åsikter på grund av att de är vana vid att läkaren från äldre tider var den som hade första ordet. Vad Foss (2010) menade kan även ha sin förklaring till varför deltagarna tycker att de var aktivt delaktiga genom att följa hälso- och sjukvårdens rekommendationer och beslut.

Tvåvägskommunikation

Flera deltagare beskrev delaktighet som en god kommunikation vilket innebar relevant och individanpassad information. I patientlagen (SFS 2014:821) kap. 3 § 1 finns beskrivet att patienten har rätt till information om diagnos, undersökning, vård och behandling. Även information om vård- och behandlingsförlopp, sin eftervård samt metoder att förebygga skada. Deltagarna påpekade att de saknade den medicinska kunskapen och därför inte kunde ta större beslut. Enligt patientlagen (SFS 2014:821) 3 kap. § 6 ska den som informerar försäkra sig om att mottagaren förstår innehållet och betydelsen av informationen. Patientlagen (SFS 2014:821) beskriver alltså klart och tydligt vilka rättigheter patienten har och vårdpersonalens skyldighet att utföra dessa. Detta resultat visar tydligt att individanpassad information var en förutsättning för att deltagarna skulle känna sig delaktiga i sin vård och sitt postoperativa förlopp vilket överensstämmer väl med Tobianos m.fl. (2015b) studie, vilken visade på att informationsutbytet fick patienterna känna sig delaktiga. Vidare visade deras studie att informationsbytet präglades av att patienten ställde frågor, förtydligade sjuksköterskornas information samt bidrog till beslutsfattandet. Detta överensstämmer väl med denna studie där deltagarna upplevde en delaktighet när de fick chansen att ställa frågor men det var även av vikt att få svar på sina frågor. Patienten bör stödjas steg för steg och engagera sig i sin vård medan de stöds av sjuksköterskorna. Även Årestedt m.fl. (2019) visade i likhet med denna studie att delaktighet, ur ett patientperspektiv, innebar att veta vad som händer samt varför. En känsla av att ligga steget före i det dagliga livet, när det gäller sjukdom och behandling stärkte självkänslan, ökade självförtroendet och delaktigheten hos patienterna.

Makos m.fl. (2016) studie visade att deltagarna upplevde sig delaktiga när de fick chansen att ställa frågor och få svar. I likhet med denna studie fann de att informationen skulle vara individanpassad. Däremot beskrev Mako m.fl. (2016) att deltagarna önskade både verbal, skriftlig och visuell information. Det är något som inte framkom i denna studies resultat. Flera deltagare, i denna studie, nämnde även att informationen ska vara upprepande och kontinuerligt vilket överensstämmer med en svensk studie av Jonsson m.fl. (2009) där vikten av kontinuerlig information bidrog till en upplevelse av delaktighet hos patienterna. Eldh m.fl. (2020) beskrev

i deras studie att kontinuerlig information var viktig där främst information om vad som hade hänt var viktigast samt förklaring till symtom. I studier framkom även att sjuksköterskan menade att en välinformerad patient var en förutsättning för god patientdelaktighet (Islind m.fl. 2020; Larsson m.fl., 2007; 2011). Vikten av en tvåvägskommunikation är därför en viktig del av patientens delaktighet både från patientens perspektiv och sjuksköterskans perspektiv.

Vårdpersonalens bemötande

Vårdpersonalens bemötande och omtänksamma förhållningssätt gentemot deltagarna var betydelsefullt. Den omtänksamma attityden utgjordes av vänlighet och deltagarna utvecklade en vänskapsrelation med vårdpersonalen. Studiens resultat har likheter med Makos m.fl. (2016) studie där deltagarna också fann det omtänksamma förhållningssättet viktigt och förklarade sjuksköterskans vänliga bemötande som god vård. Mako m.fl. (2016) beskrev även vikten av tillgänglig personal vilket var något som resultatet i denna studie belyste som viktig. En tanke med detta resultat är att en vänskapskänsla hade förmodligen inte uppträtt om patienten inte kände sig delaktig. Eldh m.fl. (2010) betonade att patienten behövde få känna sig sedd som en person och inte en person med en sjukdom. Att få samtala om saker som inte bara tillhör sjukdomen var betydelsefullt och därmed kände patienten en vänskapsrelation, framkom i denna studie.

Resultatet i denna studie visade att tillgänglig personal var betydelsefullt för delaktigheten. Vilket även framkom i Jonssons m.fl. (2009) studie som viktigt, där tillgänglig personal och bemötande hade stort inflytande över patientens känsla av trygghet. Denna studie visade på att en närvarande personal i korridorerna, samt att det fanns en larmknapp att tillgå på sitt rum och att få känna sig väl omhändertagen uppskattades av deltagarna. Uttryck från deltagarna, ”*som att vara på ett hotell*”, kan vara ett uttryck för tillgänglighet och en trygghet. Uttrycket ”*hotell*” kan betyda olika för patienten som för hälso- och sjukvårdspersonal. För hälso- och sjukvårdspersonal kan ordet hotell betyda något icke-professionellt men för patienten kan samma ord innebära något positivt där personalen förknippas som professionella. Detta resultat har likheter men tidigare forskning där det finns skillnader i hur delaktighet upplevs av patienter respektive vårdpersonal (Eldh m.fl. 2004; 2006, Larsson m.fl., 2011; 2007; Oxelmark m.fl. 2018; Tobiano m.fl. 2015a). Tidigare studier visade att patienten upplevde delaktighet som en känsla av kontroll, förstå sin situationen och ha en bra attityd. Till skillnad mot vårdpersonalens uppfattning om delaktighet som låg närmare patientens rättigheter, information och en individanpassad kommunikation (Eldh m.fl. 2004; 2006, Larsson m.fl., 2011; 2007; Oxelmark m.fl. 2018; Tobiano m.fl. 2015a). Denna studies resultat tyder på att det fortfarande finns skillnader hur sjuksköterskan och patienten upplever och definierar delaktighet.

Sammanfattningsvis belyste denna studie att patienten upplevde en delaktighet i sin postoperativa vård när patienten själv var välinformerad och fick möjlighet att ställa frågor. Studien visade även att patienter upplevde sig delaktiga när de följer sjukvårdens vårdförlopp, antingen som en aktiv part där patienten ger förslag till omvårdnadshandlingar eller genom att följa de råd som sjukvården rekommenderade. En aspekt som inte framgår av deltagarna i studien är deras lagliga rättigheter till delaktighet. Det var ett val av författarna att inte styra in deltagarna med frågor om lagstiftningen som tydligt beskriver vårdgivarens ansvar och skyldigheter gentemot vårdtagaren ur delaktighetsperspektivet. Om mer direkta frågor om ämnet skulle lyfts hade eventuellt utfallet sett annorlunda ut.

Det kan också vara av vikt att begränsa deltagarna ännu mer beroende till vilken operation som genomförts. För vidare forskning rekommenderas en intervjustudie där deltagarna intervjuas i två omgångar med en tid emellan intervjuerna. På så sätt kan deltagarna bli mer insatta i fenomenet och få en tankegång om ämnet delaktighet, då detta arbete har visat att delaktighet för patienterna inte är ett så välkänt begrepp. Ett bredare urval kan även ge ett bredare och ännu mer innehållsrikare resultat.

Patienternas perspektiv på delaktighet i sin postoperativa vård har belysts i resultatet men behöver lyftas ytterligare inom forskning för att ge sjuksköterskan en fördjupad förståelse och ett mer reflekterande förhållningssätt kring patientdelaktighet. Delaktighet har stor betydelse för patientens motivation till egenvård, följsamhet till vårdens rekommendationer samt öka tryggheten hos patienten (Socialstyrelsen, 2009b). Specialistsjuksköterskan med inriktning mot kirurgisk vård har som ansvar att göra patienten delaktig i sin vård, ge god och säker vård samt leda, utveckla och förbättra arbetet inom den kirurgiska omvårdnaden och vården (NFSK, 2014). Förslagsvis kan specialistsjuksköterskan arbeta aktivt på avdelningen genom att upplysa kollegor om vikten av en delaktig patient. Det skulle kunna ske genom föreläsningar eller på omvårdnadsronder, där specialistsjuksköterskan genom patientberättelsen kan formulera mål utifrån vad patienten själv önskar och ser på sin delaktighet. Specialistsjuksköterskan kan därmed arbeta främjande gentemot patienten och vårdpersonal på avdelningen.

Slutsats och kliniska implikationer

Studiens främsta resultat som framkom var att patienter upplevde sig delaktiga i sin postoperativa omvårdnad. Individanpassad information gavs löpande genom hela patientens vårdförlopp samt att patienten själv hade möjlighet att ställa frågor till personal. Vidare belyser också studiens resultat att patienterna upplevde en god delaktighet då de följde sjukvårdens riktlinjer och uppmaningar men att delaktigheten också stärktes av tillgänglig vårdpersonal. Slutligen visar också studien på de positiva aspekter som hälso- och sjukvården gjorde för att patienterna ska känna sig delaktiga.

De praktiska implikationer som rekommenderas är att fortsätta arbeta med patientens delaktighet. Att som sjuksköterska vara medveten om de individuella förutsättningar som patienten har, samt att patientens delaktighet kan variera beroende på var i vårdförloppet patienten befinner sig. Genom att skapa sig en förståelse om hur patientens syn på delaktighet är, kan patientens delaktighet förbättras. Specialistsjuksköterskan kan vara till hjälp för att synliggöra patientens synsätt. Detta arbete kan bidra till en större förståelse och insikt om vad delaktighet innebär för patienten. Resultatet kan hjälpa specialistsjuksköterskan inom kirurgisk omvårdnad att se sin roll och hur viktigt sjuksköterskans omvårdnadsarbete är för att främja patientens upplevelse av delaktighet.

Referenslista

Anakwe, T. D., & Rahkovsky, I. (2018). Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal of Public Health*, 108, S430-S436. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.2105/AJPH.2014.302041r>

Andersson, R., Jeppsson, B., & Rydholm, A. (2012). *Kirurgiska sjukdomar*. Lund. Studentlitteratur.

Björk, J., Stenfors, T., Juth, N., & Gunnarsson, A. B. (2021). Personal responsibility for health? A phenomenographic analysis of general practitioners' conceptions. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(3), 322-331. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/02813432.2021.1935048>

Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *J Adv Nurs* 24: 561-571

Castro EM., Van Regenmortel T., Vanhaecht K., Sermeus W. & Van Hecke A. (2016) Patient empowerment, patient participation and patientcenteredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling* 99 (12): 1923–1939

Cöster, H (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet – vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber AB. ISBN: 9789147105564

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I. M. Henricson. (Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 147-248). Studentlitteratur: Lund.

Eldh, A. C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2004). The phenomena of participation and non-participation in health care--experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 3(3), 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2004.05.001>

Eldh, A. C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2006). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 5(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.06.002>

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

Eldh A, C. (2019). Facilitating patient participation by embracing patients' preferences—A discussion. *Journal of Evaluation in Clinical Practise*. 25:1070–1073. <https://doi.org/10.1111/jep.13126COMMENTARY3007107>

Eldh, A. C., Holmefur, M., Luhr, K., Wenemark, M., (2020) Assessing and reporting patient participation by means of patient preferences and experiences. *BMC Health Services Research*.;20(1):702. doi: 10.1186/s12913-020-05574-y.

Foss, C. (2010). Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older person's reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing*, 20. 2014-2022. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03505.x

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

Graneheim, U.H., Lundman, B. (Red.). (2017) Kapitel 11. Kvalitativ innehållsanalys. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur: Lund.

Hansen, E & Holm, S (2000) *Pre- och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hartford Kvæl LA., Debesay J., Langaas A., Byeb A. & Bergland A. (2018) A Concept Analysis of Patient Participation in Intermediate Care. *Patient Education and Counseling* 101:1337–1350

Helsingforsdeklarationen (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> Hämtad den 21/10/21

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

Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient education and counseling*, 102(1), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>

Islind, A.S., Johansson, Hult, H.S., Alsén, P., Andreasson, E., Angnete, E., & Gellerstedt, M. (2020). Individualized blended care for patients with colorectal cancer: the patient's view on informational support. *Supportive Care in Cancer*. 29 (6) 3061-3067. doi: 10.1007/s00520-020-05810-5

Jangland, E., Carlsson, M., Lundgren, E., & Gunningberg, L. (2012). The impact of an intervention to improve patient participation in surgical care unit: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 528-538. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.024>

Jonsson, C.A., Stenberg, A. & Frisman, G.H. (2009). The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery. *European Journal of Cancer Care* 20. 248-256. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2009.01168.x

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.

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. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00471.x>

Larsson, I.E., Sahlsten, M., Segesten, K., Plos, K. (2010). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scand J Caring Sci.* ;25(3):575-582. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x.

Larsson, I. E., Sahlsten, M. J., Segesten, K., & Plos, K. A. (2011). Patients' perceptions of nurses' behaviour that influence patient participation in nursing care: a critical incident study. *Nursing research and practice*, 2011, 534060. <https://doi.org/10.1155/2011/534060>

Lindwall (2015). *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar*. Studentlitteratur: Lund

Mako, T., Svanäng, P., Bjerså, K., (2016). Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: a grounded theory study. *BMC Nurs.* 15:47.

Martinsson, C., Uhlin, F., Wenemark, M., & Eldh, A. C. (2021). Preference-based patient participation for most, if not all: A cross-sectional study of patient participation amongst persons with end-stage kidney disease. *Health Expectations*, 24(5), 1833-1841. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hex.13323>

Nationalencyklopedin. (u.å). *Postoperativ*. Hämtad 210927 från <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/postoperativ>

Nationella Föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård. (2014). *Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot kirurgisk vård*. Hämtad den 211021 från https://www.nfsk.se/sites/default/files/relaterade-filer/kompetensbeskrivning_specialistsjukskoterska_med_inriktning_mot_kirurgisk_vard.pdf

Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2018). Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (32); 612-621. DOI: 10.1111/scs.12486

Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 9781975154141

Priebe, G. & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I. M. Henricson. (Red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad.* (s. 25-55). Studentlitteratur: Lund.

Riviere, D., Gurusamy, K. S., Kooby, D. A., Vollmer, C. M., Besselink, M. G., Davidson, B. R., & van Laarhoven, C. J. (2016). Laparoscopic versus open distal pancreatectomy for pancreatic cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011391. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011391.pub2>

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

SBU, statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården.* Stockholm, SBU.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag.* Stockholm. Socialdepartementet.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.* Stockholm. Socialdepartementet.

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

SFS 2017:30. *Hälso – och sjukvårdslag.* Stockholm. Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2009a) *Nationella indikatorer för God vård.*
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2009-11-5.pdf>.

Socialstyrelsen. (2009b) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009.*
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-126-72-rev2.pdf.pdf>. Hämtad: 211021.

Stiggelbout A.M., Pieterse A.H & De Haes J.C.J.M (2015). Shared decision making: concepts, evidence, and practise. *Pat Educ Couns* 98(10): 1172-1179.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.*
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.*
<https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623146a/1584003553081/icns%20etiska%20kod%20f%C3%B6r%20sjuksk%C3%B6terskor%202017.pdf>

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guiane, J., & Chaboyer, W. (2015a). Nurses' views of patient participation in nursing care. *J Adv Nurs.* 71 (12): 2741-2752. doi: 10.1111/jan.12740.

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

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guiane, J. & Chaboyer, W. (2016). Patients' perceptions of participation in nursing care on medical ward. *Scand J Caring Sci.* 30 (2): 260-270. doi: 10.1111/scs.12237.

Vårdhandboken. (2020, 21 september). *Postoperativ vård*. Hämtad 210927 från <https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/operationssjukvard/postoperativ-varld/>

WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Genève, World Health Organisation.

Zhang, H., Lan, X., Peng, B., & Li, B. (2019). Is total laparoscopic pancreaticoduodenectomy superior to open procedure? A meta-analysis. *World journal of gastroenterology*, 25(37), 5711–5731. <https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i37.5711>

Årestedt, L., Martinsson, C., Hjelm, C., Uhlin, F., & Eldh, A. C. (2019). Patient participation in dialysis care – A qualitative study of patient's and health professionals' perspectives. *Health Expectations*, 22(6), 1285-1293. <https://doi-org.ezproxy.ub.gb.se/10.1111/hex.12966>

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide.

Inledningsvis prata om syftet med studien och påminna om att deltagandet är frivilligt och att de kan avbryta samtalet när som helst.

1. Vill du börja berätta om hur du ser på begreppet delaktighet?
- vad betyder delaktighet för dig?
2. Hur upplevde du att du var delaktig i din omvårdnad efter din operation?
3. Berätta gärna om en situation där du kände att du var delaktig efter operation?
4. Berätta gärna om en situation där du kände att du inte var delaktig efter din operation?
5. Hade du önskat ta mer del av din dagliga vård och varit mer delaktig?
6. Hade något kunnat göras annorlunda så att du hade känt dig mer delaktig?
7. Är det något ytterligare som du inte berättat, som du skulle vilja berätta?

Bilaga 2. Skriftlig information till deltagare.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

210909

Bilaga 2

Information till forskningspersoner

Vi heter Sandra Hermansson och Frida Lorensen och vi är legitimerade sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård på Göteborgs Universitet. Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete där vi vill undersöka patientens upplevelse av delaktighet av sin vård efter operation. I detta dokument kommer du få information om projektet och vad det innebär att delta. Detta projekt är vårt examensarbete på avancerad nivå.

Vad är det för projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi vill att du ska delta för att hjälpa oss identifiera vad delaktighet är för dig som patient och genom ditt deltagande kan du komma påverka och förbättra vården för andra patienter. Du får denna förfrågan om att delta för att du genomgått en operation och eftervårdats på en kirurgisk avdelning.

Forskningshuvudman för detta projekt är Göteborgs Universitet och ansökan är godkänd av Etikgrupp vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa. Handledare är Ann-Sofie Magnusson, lektor i vårdvetenskap med inriktning mot kommunikation. Projektet är även godkänt av vårdenhetschefer samt verksamhetschefer på Norra Älvsborgs Länssjukhus, NÄL, samt Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS.

Hur går projektet till?

Datainsamlingen till projektet sker genom intervjuer som kommer att pågå under hösten 2021. Vi förväntar oss att du som vill delta i vårt examensarbete ska delta i en intervju som varar ungefär i 30 minuter. Du får själv välja om du vill att intervjun ska ske över telefon eller om du hellre vill att vi intervjuar dig på plats i anslutning till din utskrivning.

Intervjun kommer att spelas in men vid studiens slut kommer denna fil raderas. Vi kommer att koda intervjun så att det inte går att härleda informationen till dig. Du förblir anonym. Ditt deltagande i studien innebär att du bidrar med information som kommer bli en del av vårt publicerade arbete. Själva resultatet av studien finns alltid kvar.

Vi vill veta hur du ser på delaktighet efter din operation och frågorna vi kommer ställa dig, handlar om delaktighet i din vård.

Finns det några risker med att delta?

Det kan hända att intervjun väcker känslor hos dig som gör att du behöver prata mer om ditt vårdtillfälle. Om det sker kan du få bli hjälpt av oss att komma i kontakt med en kurator. Du kan när som helst under intervjun välja att avbryta din medverkan.

Vad händer med mina uppgifter?

Detta examensarbete kommer att samla in information om dig så som ålder, kön, operation och vårdtid. Däremot kommer inga namn, uppgifter eller resultat att kunna härledas till dig. Ingen utomstående kommer att kunna ta del av informationen. Vid avslutat examensarbete kommer allt material, förutom resultatet i form av examensarbetet, att kasseras.

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Examensarbetet kommer att publiceras på Göteborgs universitetsbibliotek i GUPEA. Du kan också välja att få examensarbetet hemskickat till dig efter överenskommelse oss. Då får du ett telefonnummer till respektive avdelning som du ringer till för att uppge att du deltagit i studien och att du önskar att få examensarbetet hemskickat till dig.

Ditt deltagande är frivilligt och ditt medgivande är muntligt

Om du vill delta i studien lämnar du ditt medgivande muntligt. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande, behöver du inte uppge varför och det kommer inte heller att påverka din vård och behandling här och nu, eller i framtiden.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta de ansvariga för projektet (se nedan).

Ansvariga för examensarbetet

Studenter:

Sandra Hermansson, e-post: gushersac@student.gu.se

Frida Lorensen, e-post: guslorenfr@student.gu.se

Handledare:

Ann-Sofie Magnusson. Lektor i vårdvetenskap med inriktning mot kommunikation

e-post: ann-sofie.magnusson@gu.se

Verksamhetschefer för respektive kirurgklinik:

Verksamhetschef SÄS: Jerker Nilson jerker.nilson@vgregion.se

Verksamhetschef NÄL: Maria Wiksten-Ericsson maria.wiksten@vgregion.se



Vill du hjälpa oss att öka kunskapen om delaktighet i vården efter operation?

Vi är två sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor inom kirurgi. I vårt examensarbete vill vi undersöka patientens upplevelse av delaktighet *efter* operation. Din erfarenhet skulle vara till hjälp och öka kunskapen om detta, därför skulle vi gärna vilja intervjua dig.

Du väljer själv om du vill att vi träffas eller om intervjun sker via telefon och din medverkan är självklart helt frivillig. Vi hoppas att du vill delta och mer information finns på följande sidor. Välkommen att kontakta någon av oss om du har frågor.

Med vänliga hälsningar

Sandra Hermansson

leg sjuksköterska

studerar till specialistsjuksköterska i kirurgi

e-post: gushersac@student.gu.se

Telefon: 0725-125145

Frida Lorensen

leg sjuksköterska

studerar till specialistsjuksköterska i kirurgi

e-post: guslorenfr@student.gu.se

Telefon: 0763-150227

Handledare:

Ann-Sofie Magnusson.

Lektor i vårdvetenskap

e-post: ann-sofie.magnusson@gu.se

Telefon 031-786 50 55