



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Patienters erfarenheter av delaktighet och information vid mötet med distriktssköterska på vårdcentral

## En enkätundersökning

Författare: Ingela Johansson, Linda Jönsson

Handledare: Anneli Orrung Wallin

Magisteruppsats

Hösten 2013

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för omvårdnad  
Box 157, 221 00 LUND

# Patienters erfarenheter av delaktighet och information vid mötet med distriktssköterska på vårdcentral

## En enkätundersökning

Författare: Ingela Johansson, Linda Jönsson

Handledare: Anneli Orrung Wallin

Magisteruppsats

Hösten 2013

## Abstrakt

**Bakgrund:** Tidigare studier visade att patienter uttryckte att de inte gjordes delaktiga i beslut kring sin omvårdnad. De menade även att information i samband med vård var otillräcklig samt att kvinnor ansåg sig vara delaktiga i större grad än män, liksom patienter på mindre vårdcentraler. Personcentrerat förhållningsätt sågs vara i linje med distriktssköterskornas riktlinjer att patienter ska göras delaktiga i beslut kring sin vård och informationsgivandet.

**Syfte:** Syftet med denna studie var att undersöka patienters erfarenheter av delaktighet och information vid mötet med distriktssköterska på vårdcentral och göra jämförelser mellan män och kvinnor, större och mindre vårdcentraler.

**Metod:** 186 enkäter ingick i undersökningen. Både statistisk analys och manifest innehållsanalys användes.

**Resultat:** Resultatet visade att majoriteten av patienternas erfarenheter av delaktighet och information var goda. Inga signifikanta skillnader mellan de olika grupperna hittades.

**Slutsats:** Eftersom ingen generalisering kunde göras av aktuell studie ger den heller inga kliniska implikationer.

## Nyckelord

Delaktighet, information, patient, distriktssköterska, kvantitativ och kvalitativ ansats.

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Medicinska fakulteten  
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Problembeskrivning .....	2
Bakgrund .....	3
Delaktighet .....	3
Information .....	5
Skillnader mellan större och mindre vårdcentraler .....	6
Skillnader mellan män och kvinnor .....	6
Personcentrerad omvårdnad .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	8
Urval av undersökningsgrupp .....	9
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument .....	9
Genomförande av datainsamling .....	11
Genomförande av databearbetning .....	11
Statistisk analys .....	11
Innehållsanalys .....	12
Etisk avvägning .....	13
Resultat .....	14
Kvantitativ resultatdel .....	14
Kvalitativ resultatdel .....	18
Delaktighet .....	18
Personliga egenskaper .....	19
Bemötande .....	19
Professionellt bemötande .....	19
Kontinuitet .....	19
Dialog .....	20
Undervisande information .....	20
Information .....	20
Efterfrågad information .....	20
Förståelig information .....	21
Tillräcklig information .....	21
Diskussion .....	22
Diskussion av vald metod .....	22
Generaliserbarhet .....	22
Validitet/Reliabilitet .....	23
Trovärdighet .....	24
Diskussion av framtaget resultat .....	25
Slutsats och kliniska implikationer .....	27
Referenser .....	28
Bilaga 1 (3) .....	32
Bilaga 2 (3) .....	35
Bilaga 3 (3) .....	36

## Problembeskrivning

Patienter som av olika anledningar har kontakt med sjukvården uppger enligt litteraturen att de inte görs delaktiga i beslut kring sin omvårdnad (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2008; Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos, 2011; Törnkvist, Gardulf & Strender, 2000). De saknar även tillräckligt med information från vårdgivarna (Bowling et al., 2012; McCabe, 2004; McIntosh & Shaw, 2003; Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2005). Patienternas synpunkter är allvarliga eftersom möjlighet till delaktighet och information regleras i lag, vården uppfyller inte alltid det informationskrav som framhålls av hälso- och sjukvårdslagen menar Socialstyrelsen (2009). Socialstyrelsen påpekar också att bemötande, delaktighet och förtroende är viktiga faktorer som förbättrar resultat i vården (a.a.). Brist på dessa faktorer kan således få konsekvensen att patienter får en sämre vård. En annan aspekt på problemet är att större vårdcentraler tenderar att få sämre betyg i undersökningar avseende delaktighet i beslut om vård och behandling (Häger Glenngård & Anell, 2012) liksom att männens syn på delaktighet skiljer sig från kvinnornas. Patienter av kvinnligt kön tenderar vara mer välvilligt inställda till att delta i beslutsfattandet än vad manliga patienter är (Nomura, Ohno, Fujinuma & Ishikawa, 2007) och ser större möjlighet till deltagande i beslut som rör deras vård (Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg & Wadensten, 2011). Således är dessa skillnader viktiga att ta hänsyn till i vårdarbetet för att möjliggöra för alla patienter att bli delaktiga i vården oavsett kön. Patienter som säger sig dela ansvar för beslut om behandling med sin vårdgivare är i högre grad eniga med vårdgivaren gällande behandlingsstrategier (Heisler, Vijan, Anderson, Ubel, Bernstein, & Hofer, 2003). En förtroendefull relation mellan patient och läkare verkar underlätta för patienter att dels medverka i beslutsfattande men även möjliggöra ansvarstagande för sitt medicinska tillstånd (Luijks, Loeffen, Lagro-Janssen, van Weel, Lucassen & Schermer, 2012). Detta kan vara relaterat till ett personcentrerat förhållningssätt, vilket Ekman et al. (2011) definierar som att personens upplevelse av verkligheten sätts i fokus samt att patienter görs delaktiga kring vårdbeslut och vårdprocesser. Detta förhållningssätt kan ge patient och vårdgivare positiva effekter i form av bättre vård och ett snabbare tillfrisknande (a.a.). Dessutom har personcentrerat förhållningssätt visat sig öka patienternas tillfredsställelse (Suhonen et al., 2005), således verkar delaktighet och information given med ett personcentrerat förhållningssätt kunna öka både patienternas tillfredsställelse och förbättra deras fysiska hälsa. Utifrån litteraturen och egna erfarenheter som sjuksköterskor anser vi att få kunskap om patientens erfarenheter om delaktighet och

information i mötet med distriktssköterskan ökar förutsättningarna till en bättre vård med information anpassad efter patienternas behov och patienter som i högre utsträckning är delaktiga i sin behandling.

## **Bakgrund**

Distriktssköterskan ska enligt sin egen kompetensbeskrivning (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008), ha färdigheter för att kunna skapa relationer till patienter som främjar deras integritet och delaktighet, vilket också är i linje med hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) som fastställt att vården ska ske i samråd med patienten. För att främja delaktighet i beslut kring behandling krävs det att distriktssköterskan ger goda förutsättningar för en positiv första kontakt mellan patient och distriktssköterska (Enqvist, 2007).

### *Delaktighet*

Delaktighet definieras som "engagemang i en livssituation" enligt Socialstyrelsens (2007) svenska version av ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. Delaktighet beskrivs som en jämbördig relation mellan patient och vårdare, innehållandes ömsesidighet, tillit och respekt (Sahlsten, Larsson, Sjöström och Plos, 2008). Detta överensstämmer med fynden från Franks (2010) avhandling som menar att patienter på akutmottagning upplever delaktighet när de blir sedda och uppmärksammade. Även Eldh, Ehnfors och Ekman (2004) har funnit att patienter beskriver delaktighet som tilltro till vårdpersonal men även att förstå information som är given samt förståelse för sjukdom och behandling. Patienter upplevde det som positivt att göras delaktiga i beslut kring deras behandling vilket framkom även när McCabe (2004) undersökte patienters upplevelser i en kvalitativ studie på sjukhus i Dublin angående kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Eldh et al. (2004) menar även att delaktighet enligt patienterna är att behålla kontrollen och att våga stå upp för sig själv. Icke-delaktighet beskrivs av patienterna som att sakna en relation, brist på kontinuitet och lite eller inget samarbete mellan vårdgivare och patient. Larsson et al. (2011) som studerade både inlagda och utskrivna patienter från olika somatiska vårdavdelningar i fokusgruppintervju, fann att patienterna upplevde att hinder för delaktighet uppstod när sjuksköterskan bemötte patienten utan medkänsla och öppenhet.

Dessa sjuksköterskor distanserade sig från patienten och var inte uppmärksamma och lyssnade heller inte på patienten, vilket ledde till att sjuksköterskan och patienten talade förbi varandra. När patienten inte kände sig sedd och bekräftad förminskades patientens lust till att delta. Även när sjuksköterskan hade en attityd som förmedlade makt och kontroll förhindrades patienten att delta i vården då det upplevdes att sjuksköterskan tog över helt och hållet (a.a). Således verkar patienternas delaktighet påverkad av faktorer som exempelvis avsaknad av medkänsla, en känslomässig barriär mellan sjuksköterska och patient, avsaknad av förmåga från sjuksköterskans sida, att verkligen lyssna med alla sinnen samt att makt och kontroll inte delas med patienterna.

Oavsett hur delaktighet upplevs krävs ett utbyte av kunskap och information mellan vårdpersonal och patient för att skapa delaktighet menar Sahlsten, Larsson, Sjöström och Plos (2008). Vidare finner Frank (2010) att delaktighet uppfattas av vårdpersonal på en akutmottagning som att delaktighet erbjuds av vårdpersonalen genom att ge information till patienten, även om denna inte efterfrågar detta. Delaktighet uppstår, enligt vårdpersonalen, när båda parter är aktivt deltagande i ett möte där båda parter deltar med intresse. I en svensk kvantitativ studie av Thörnkvist et al., (2000) var patienter som träffade distriktssköterska i öppenvården, missnöjda med att de inte gjordes delaktiga i besluten som togs kring den medicinska behandlingen. Eldh et al. (2008) fann i en studie med mixad design, det vill säga både kvalitativ och kvantitativ ansats, att patienter som besökt eller varit inlagda på ett svenskt sjukhus upplevde att de inte varit delaktiga i vården när de fick instruktioner eller recept utan förklaring eller fick information de inte förstod (a.a.). Således önskar patienterna vara delaktiga kring beslut om medicinsk behandling, vilket förutsätter att de får information kring läkemedel och sjukdom på ett sådant vis att deras kunskaper blir tillräckliga för att kunna delta i beslut.

Vidare undersökte Heisler et al. (2003) med utskickade frågeformulär till både patienter med diabetes och deras vårdgivare hur och när enighet kring mål och behandling överensstämmer. Patienter som sade sig dela ansvar i beslut om behandling med sin vårdgivare var i högre grad överens med sin vårdgivare kring behandlingsstrategier. Att från läkarnas sida ha diskuterat flera områden inom egenvård med sina patienter innebar större enighet kring de viktigaste behandlingsstrategierna. Patienter med högt blodtryck och uttalad preferens för delat beslutsfattande har i interventionsstudie setts minska sitt systoliska blodtryck (Deinzer, Babel, Vellken, Kohlen & Schmieder, 2006). Ett långvarigt personligt förhållande mellan patient

och läkare som bygger på förtroende verkar underlätta för patienter att dels medverka i beslutsfattande men även möjliggöra ansvarstagande för sitt medicinska tillstånd, vilket framkommer i fokusgruppintervjuer med holländska allmänläkare inom primärvård (Luijks et al. 2012). Således, indikerar tidigare forskning att patienterna upplever bristande delaktighet i mötet med sjukvården. Det är när det finns kontinuitet i vårdkontaktarna, vården är patientcentrerad och patienterna får adekvat information som tycks ha betydelse för patienternas upplevelse av delaktighet vilket i förlängningen även kan leda till förbättrad hälsa. Dock har få studier utförts med svenska primärvårdspatienter i kontakt med distriktssköterska avseende hur delaktighet upplevs, vilket gör det intressant att undersöka detta.

## Information

Information definieras enligt Svenska Akademiens Ordlista (2013) som "meddelande av upplysning/ar, underrättelse". Patienter efterfrågar i hög grad information vilket bekräftas av McIntosh och Shaw (2003) som i en kvalitativ studie utförd i England, fann att patienterna i öppenvården, önskade information i betydligt större utsträckning än vad de upplevde sig få även om deras läkare ansåg att de gav patienterna muntlig information om deras tillstånd. Detta är i linje med Suhonen et al. (2005), kvantitativ studie vilken genomfördes i Finland, som visade att patienterna var minst nöjda med att de inte fick sitt behov av information tillfredsställt. För att öka tillfredsställelse med vården är det viktigt för patienter att få information (Kristensson Ekwall, 2010). Vidare utförde Ekdahl, Andersson, Wiréhn & Friedrichsen (2011) med hjälp av enkäter och intervjuer en studie bland äldre personer som varit inlagda på sjukhus i Sverige, vilket visade att upp mot hälften gärna ställde frågor om sin medicinska behandling. Nästan hälften av de tillfrågade hade önskat att de fått mer information än de fick under sitt sjukhusbesök. Ett utbyte av kunskap och information mellan vårdare och patient krävs för att skapa delaktighet (Sahlsten et al. 2008), vilket även Eldh et al. (2004) har funnit när patienter beskriver delaktighet som att förstå information som är given samt förståelse för sjukdom och behandling. Vidare samlade Eldh et al. (2008) in data vid ett medelstort sjukhus i Sverige genom patientenkäter. Vid analys av materialet framkom att det snarare handlade om kunskap än information, när det handlade om patienternas delaktighet. Patientdelaktighet inträffade när information hade givits på ett sådant sätt att patienten kunde förstå den, vilket innebär att informationen behövde baseras på personens

behov av kunskap (a.a.), således finns det en koppling mellan information och delaktighet där information i form av kunskap verkar vara en viktig faktor för att uppnå delaktighet. Det verkar även som att den information som är given i många fall upplevs otillräcklig enligt patienterna som gärna hade fått mer information, även om vårdpersonalen upplever att de gett den information som behövs. Dessa skilda uppfattningar om vilken information och kunskap som är nödvändig kan troligen påverka hur pass nöjda patienterna är med den information som givits.

### Skillnader mellan större och mindre vårdcentraler

Häger Glenngård och Anell (2012) har med data från dels patienter via Nationell patientenkät i primärvården och dels information om mottagningars egenskaper i de tre berörda regionerna Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Halland, analyserat hur patientnöjdhet varierar med hänsyn till mottagningars storlek. Stora mottagningar med mer än 10 000 listade var förknippade med sämre betyg avseende delaktighet i beslut om vård och behandling för besök hos sjuksköterska. Likaså fann Kontopantelis, Roland & Reeves (2010) att större vårdcentraler i England fick sämre betyg i undersökning kring patienters tillfredsställelse medan mindre enheter gav högre betyg framför allt gällande tillgänglighet, vilket gör det intressant att undersöka om det förekommer skillnader i hur patienter upplever delaktighet och information beroende på om vårdcentralen är större eller mindre.

### Skillnader mellan män och kvinnor

Nomura et al. (2007) fann i en enkätundersökning hos patienter med hypertoni inom japansk primärvård indikationer på att kvinnliga patienter tenderade vara mer välvilligt inställda till att delta i beslutsfattandet vid mötet med läkaren än vad manliga patienter var (a.a.). Även i en kvantitativ beskrivande undersökning av inneliggande patienter på ett universitetssjukhus i Sverige rapporterade kvinnorna högre poäng än män för möjlighet till deltagande i beslut som rörde deras vård (Fröjd et al. 2011). Vidare kunde Benbassat, Pilpel och Tidhar (2010) genom en litteraturoversikt om bland annat delaktighet och beslutsfattande delge att män oftare föredrog en passiv roll i relationen till sina vårdgivare. Resultaten indikerar en skillnad mellan



män och kvinnor vad gäller patienternas deltagande i vården vilken är viktigt att ta hänsyn till för att nå en jämställd vård avseende delaktighet och information.

## Personcentrerad omvårdnad

Edvardssons (2010) genomgång av litteratur benämnde personcentrerad omvårdnad som ett verktyg att förstå fenomen och mellanmännsliga relationer. Begreppet uppstod på 1960-talet genom psykologen Carl Rogers och på senare tid har uttrycket återkommit inom demensvården för att lyfta fram personen bakom sjukdomen och som ett förhållningssätt för att skapa en värdig tillvaro för personer med demenssjukdom, trots att flertalet för den självständiga människan så viktiga funktioner försämrats eller försvunnit.

Vidare skriver Edvardsson hur personcentrerad omvårdnad som en teoretisk modell har beskrivits av Dawn Brooker, professor i Worcester, Storbritannien. Modellen kallad VIPS består i att Värdesätta personen och vårdaren, bemöta personer som **I**ndivider, se omvärlden från personens **P**erspektiv samt skapa ett positivt **S**ocialt klimat där välbefinnande kan upplevas. Modellen är avsedd för demenssjukvården men ett personcentrerat förhållningssätt kan tillämpas brett inom omvårdnad och har i studier utanför demenssjukvården visat sig ha mätbart fördelaktiga hälsoeffekter på patienter. Personcentrerat förhållningssätt anses så relevant för en god vård att begreppet "person-centred care" återkommer i styrdokument kring äldrevård i Storbritannien och Australien (a.a.). Även Socialstyrelsen (2010) i Sverige rekommenderar att vård, omvårdnad och omsorg inom demenssjukvården är personcentrerat utformad, vilket betyder att personen, inte demenssjukdomen, ska sättas i fokus. Personal inom demensvården ska värna den demenssjukes möjlighet till medbestämmande och se personen som en aktiv samarbetspartner (a.a.). Personcentrerad omvårdnad innebär att patienten ska göras delaktig i vårdbeslut och vårdprocesser genom att patienten sätts i centrum (Edvardsson, 2010). Utifrån distriktssköterskans perspektiv karaktäriseras rollen av en skicklighet inom omvårdnad för att förstå individens resurser och stödja patienter i deras dagliga liv (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Distriktssköterskan ska anpassa lärandet till individen och stärka patientens beslutsfattande. Med förmåga att praktisera ett holistiskt synsätt skapar distriktssköterskan en relation med patienten för att stödja dennes delaktighet i vård och egenvårdsförmåga. Tillsammans med patienten ska distriktssköterskan utreda och bedöma patientens behov av kunskap, utbildning och information som krävs i situationen. Att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt ligger därmed i linje med

riktlinjerna för distriktssköterskor (a.a.), det vill säga att göra patienterna delaktiga i beslut kring sin vård och informationsgivande.

Faktorer förknippade med personcentrerad omvårdnad har funnits viktiga i en studie av Olsson, Jakobsson Ung, Swedberg och Ekman (2012) som förklarar personcentrerad omvårdnad som en modell där huvudkomponenten är interaktionen mellan patient och vårdgivare. Patienten ska vara en aktiv partner när omvårdnads mål formuleras. Att ge patienter en personcentrerad omvårdnad har visat sig i studien gjord av Ekman et al. (2012) leda till att patienterna i större utsträckning bevarar sina funktioner än de patienter som inte fick personcentrerad omvårdnad. Det visade sig även leda till ett snabbare tillfrisknande för patienterna. Personcentrerad omvårdnad kan enligt Suhonen et al. (2005) öka patienternas tillfredsställelse. Edvardsson, Winblad och Sandman (2008) menar att fler borde ha ett personcentrerat vårdande då det visar respekt för patienter, det framkommer heller inte några uppenbara eller potentiella risker att vårda personcentrerat (a.a.). Personcentrerat förhållningssätt kan således vara ett användbart verktyg för distriktssköterskan i skapande av en relation där patienten sätts i fokus och som kännetecknas av delaktighet och informationsutbyte.

## **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka hur patienter skattade graden av delaktighet och information i mötet med distriktssköterska jämfört mellan män och kvinnor och mellan större och mindre vårdcentraler. Studien syftade även till att undersöka vad patienterna var speciellt nöjda eller missnöjda med avseende delaktighet och information i mötet med distriktssköterskan.

## **Metod**

Studien har både en kvantitativ och kvalitativ ansats (mixad metod) med beskrivande och jämförande design. Data samlades in med hjälp av enkäter. En pilotstudie utfördes med tre

personer för att upptäcka eventuella felformuleringar och bias i frågorna (Polit & Hungler, 1997). Pilotstudien resulterade inte i några ändringar.

## **Urval av undersökningsgrupp**

Undersökningen innefattade patienter från fem vårdcentraler. Vårdcentralerna var förlagda till storstad med ca 300 000 invånare och tätorter i landsbygden med mellan 1000 och 6500 invånare. De större vårdcentralerna hade knappt 13 000 personer listade vardera, medan de mindre vårdcentralerna hade endast 3450-5100 listade personer. De mindre vårdcentralerna valdes då de hade lågt antal invånare på orten och lågt antal listade personer jämfört med de större vårdcentralerna. Enkäten delades ut till samtliga patienter som uppfyllde inklusionskriterierna och hade inbokat besök hos distriktssköterska under perioden 6 maj till och med 28 juni 2013, på de inkluderade vårdcentralerna. Inklusionskriterier var 18 år eller äldre och behärskande av det svenska språket, det vill säga inget behov av tolk under besöket. Besök som inte var planerade, det vill säga akuta besök eller annan form av drop-in besök, inkluderades inte. För att uppnå drygt 150 besvarade enkäter, delades enkäten ut till 300. Vanligen kommer ca 70-75 procent enkätsvar in utan någon uppföljande påminnelse (Ejlertsson, 2005).

## **Forskningstradition och valt undersökningsinstrument**

Kvalitativa studier är oftast baserade på små, ickerepresentativa urval, medan en kvantitativ enkätstudie kan nå ut till en större population vilket traditionellt anses ge en större generaliserbarhet (Polit & Beck, 2004). Genom att använda både kvantitativ och kvalitativ metod när man undersöker ett fenomen kan giltigheten i resultatet förbättras. När multipla och kompletterande data samlats in kan vi bättre övertygas om riktigheten i resultatet. Skulle, under datainsamlingens gång, upptäckas att fynden skiljer sig åt tvingar det forskaren att utforska orsaken till avvikelserna och fundera en gång till på studiens metod och uppbyggnad (a.a.). Fördelar med enkätundersökning är att kostnaden vanligen blir begränsad, både i fråga om tid och pengar (Ejlertsson, 2005). Undersökning kan göras på ett stort urval med relativt liten arbetsinsats och respondenten kan svara på frågorna i lugn och ro. Frågorna är

standardiserade, det vill säga alla respondenter får samma frågor i samma ordning och den medför ingen risk för intervjuarbias (a.a.).

Genom att utgå från det tidigare validitet - och reliabilitetstestade frågeformuläret: "Quality of care from the Patients Perspective" (QPP) (Larsson, Larsson & Munck, 1998), gavs tillgång till relevanta frågor. QPP mäter patienters upplevelser av kvalitet i vården, utifrån fyra dimensioner. De frågor som var relevanta för aktuell studie har sitt ursprung i dimensionen Identitetsorienterat förhållningssätt. Eftersom det är komplext och tidskrävande att komponera en egen enkät rekommenderas enligt Polit och Hungler (1997) att om möjligt använda befintligt frågeformulär som i viss mån kan anpassas till den aktuella studien. Valt instrument, QPP, hade dock ett mer övergripande fokus. Endast de frågor som specifikt handlade om delaktighet och information valdes därmed ut från instrumentet. I QPP- formuläret är reliabiliteten, det vill säga att resultatet blir det samma vid upprepade mätningar oberoende av vem som utför testet, mätt med Cronbach's alpha (Larsson, Larsson & Munck, 1998), som mäter den interna konsistensen, det vill säga hur väl de olika frågorna mäter helheten i frågeformuläret. Cronbachs alfa mäts mellan 0,00 och 1,00, där högre värden påvisar en högre intern konsistens (Polit & Beck, 2004). Den del av frågeformuläret ur vilket aktuell studies frågor är hämtade ifrån, Identitetsorienterat förhållningssätt, har Cronbach's alpha koefficient på 0,93 (Larsson, Larsson & Munck, 1998), vilket tyder på att frågorna hänger ihop, men indikerar på att det finns överflödiga frågor. Eftersom enbart vissa frågor ur det befintliga formuläret är utvalda är det i aktuell studie inte relevant att göra en ny sådan uträkning av Cronbach's alpha koefficienter på frågorna som använts i aktuell studie men det bör ändå kunna anses att aktuell studies enkät har god reliabilitet. Vissa frågor modifierades för att förenkla för respondenterna i studien, det vill säga att frågor som innehöll mer än en fråga delades upp till separata frågor. Modifieringen utfördes för att öka innehållsvaliditeten, det vill säga att innehållet i mätinstrumentet mäter vad som avses att mätas, och därmed minimera risken för internt bortfall ifall respondenten upplever sig inte kunna svara på frågan (Ejlertsson, 2005). De bakgrundsvariabler som valdes ut var kön, ålder och utbildning. Frågorna, vilka behandlade delaktighet och information, besvarades på en fyrgradig skala från ett (1 = håller inte med alls) till fyra (4 = håller helt med). Några öppna frågor om vad patienten upplevde sig speciellt nöjd eller inte nöjd med gällande delaktighet och information, lades till av författarna för att deltagarna skulle få möjlighet att beskriva för dem andra viktiga aspekter i mötet med vårdgivaren (Bilaga 1). De kvalitativa frågorna förväntades validera och fördjupa det kvantitativa resultatet (Polit & Beck, 2004).

## **Genomförande av datainsamling**

Distriktssköterskorna informerades om studiens syfte och hon/han informerade i sin tur patienten om studien efter avslutat besök. I samband med detta överlämnades också enkäten med tillhörande informationsbrev. Enkäten låg i ett kuvert och lämnades åter förslutet i en svarslåda på vårdcentralen. Lådan placerades ut av distriktssköterskorna på lämplig plats där den var under uppsyn samt inte utgjorde något hinder för personalens arbete, exempelvis i väntrum. Enkäterna förvarades på respektive vårdcentral i svarslådan tills dess att de inhämtades.

## **Genomförande av databearbetning**

### *Statistisk analys*

Innan databearbetning kunde utföras, lästes enkäterna igenom noggrant för att sortera ut enkäter som besvarats av personer vilka inte uppfyllde inklusionskriterierna eller enkäter som var felaktigt ifyllda (Polit och Beck, 2004). Detta resulterade i att tre enkäter sorterades bort. Kvarvarande 186 enkäter kodades och svarsalternativen transformerades till numerisk form i en databas. Vid genomgång av enkäterna upptäcktes att 15 enkäter inte hade blivit besvarade på sidan tre. Detta interna bortfall räknades samman till totalt 8 procent och ansågs inte utgöra något hinder för fortsatta analyser. Analys gjordes per fråga eftersom det ursprungliga frågeformuläret inte använts i sin helhet och därför har inga imputationer av internt bortfall gjorts, det vill säga att bortfall har inte ersatts med andra värden för att göra statistisk analys på hela materialet. Data fördelades på man, kvinna, större och mindre vårdcentraler i den beskrivande statistiken. Variabler som inte kunde rangordnas, det vill säga variabler på nominalskalnivå som män och kvinnor samt kategorivariabler som gick att rangordna som utbildningsnivå och frågorna avseende delaktighet och information presenterades med antal och procent i den beskrivande statistiken. För att visa hur många respondenter som ansåg frågor vara icke aktuella eller missat att svara på frågor, presenteras detta tillsammans med frågorna avseende delaktighet och information. Data på kvotskalnivå som ålder presenteras med median och min-max. Graden av delaktighet och information skattades från ett till fyra på en fyrgradig skala (1= Håller inte med alls, 2= Håller delvis inte med, 3= Håller delvis med, 4= Håller helt med). I resultatet har de frågor som inte besvarats då respondenten ansett

dem inte vara aktuella tagits bort från den statistiska analysen när det gäller uträknandet av median och medelvärde för att inte negativt påverka det totala medelvärdet eller medianen. Åldersgrupper i den jämförande statistiken delades upp till två grupper (18-68 år och 69-94 år) baserat på median (69). Utbildningsnivå fördelades på genomgången grundskola, gymnasieskola eller högskola/universitet. Analytisk statistik gjordes med Mann-Whitney U Test, som används för att mäta skillnaden mellan två oberoende grupper vid parvisa jämförelser och Kruskal-Wallis Test vid jämförelser mellan fler än två grupper (Pallant, 2010). Testerna är icke parametriska vilket gör det möjligt att göra jämförelser oavsett om data är normal- eller snedfördelad. Signifikansnivå  $p < 0,05$  användes för att påvisa signifikanta skillnader. Vid alla statistiska beräkningar användes SPSS Statistics 22 (IBM, SPSS INC., Somers. NY.USA).

### *Innehållsanalys*

Resultatet från de öppna frågorna har analyserats med hjälp av Manifest innehållsanalys vilken enligt Lundman och Graneheim (2012) kan användas för flera sorters data och med varierande grad av tolkning. En texts betydelse är flerfaldig och det sker alltid någon form av tolkning när forskaren närmar sig den. Detta bör finnas i åtanke när fyndens tillförlitlighet senare ska diskuteras. Eftersom datan i vår studie kom från öppna frågor i ett frågeformulär och därför bestod av kortare meningar, valdes att titta på det manifesta innehållet i texten, det som direkt uttrycks. Enligt Lundman och Graneheim handlar även den manifesta innehållsanalysen om tolkning men på ett mindre djup och abstraktionsnivå. Vanligtvis passar sig hela intervjuer eller observationsprotokoll bäst för analys. Fynden från enkäterna är kortare meningar eller enskilda ord, vilka är grupperade efter innehåll. Texten läses upprepade gånger av författarna för att skapa en förståelse för innehållet. Meningsbärande enheter identifierades, kodades och kategoriserades därefter i kategorier. Exempel:

<b>Meningsbärande enheter</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategorier</b>
Hennes vänlighet och empati.	Vänlighet Empati	Personliga egenskaper

Denna process utfördes på data avseende de två öppna frågorna. De två öppna frågorna avseende vad respondenterna upplevde sig inte nöjda med kring delaktighet och information

analyserades inte då dessa frågor inte genererade någon data avseende missnöjdhet. Graneheim och Lundman (2004) menar att de meningsbärande enheterna efter analys endast ska höra till en kategori, inga meningsbärande enheter får kunna hamna i två kategorier.

## **Etisk avvägning**

Deltagarna i studien informerades genom distriktssköterskan i slutet av besöket samt via ett informationsbrev som medföljde enkäten. Att delta i studien var frivilligt. Patienten valde själv om han/hon ville medverka. Informerat samtycke ansågs erhållit om patienten besvarat och återlämnat enkäten. Hänsyn togs till patienternas eventuella oro för att deras identitet skulle kunna bli känd för distriktssköterskan genom att enkäten besvarades anonymt. Vidare lämnades kuvertet åter, förslutet, i svarsådan på vårdcentralen för att distriktssköterskorna inte skulle få tillgång till de ifyllda enkäterna. Det finns dock alltid en risk utifrån den personliga informationen om kön, ålder och utbildning att sammantaget går att härleda till en person. För att minimera denna risk redovisades resultaten på gruppnivå, därmed ansågs konfidentialitet bevarad. Ingen av vårdcentralerna eller mottagningarna kommer att kunna identifieras separat. Enligt The World Medical Association (2008), Helsingforsdeklarationen, ska forskaren se till individens välmående före alla andra eventuella intressen. Enligt etikprövningslagen av forskning (SFS 2003:460) ska forskningspersonen samtycka till att delta i en undersökning efter att ha fått tillbörlig information. Samtycke ansågs ha erhållits i och med det att patienterna lämnade in en ifylld enkät. Studien skickades efter godkännande till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomfördes. Studien omformulerades enligt rekommendationer i utlåtandet, VEN 35-13.

# Resultat

## Kvantitativ resultatdel

Patienterna var överlag nöjda med delaktigheten och informationen de fått vid de planerade besöken hos distriktssköterska på vårdcentralerna. De vanligaste anledningarna till besök hos distriktssköterskan var bedömning eller omläggning av sår, borttagning av stygn efter operation eller blodtrycksmätning. Olika former av injektioner eller vaccinerings, besök hos diabetessjuksköterska, varierande kontroller och bedömningar av hudutslag var också vanligt. Av 300 tillfrågade patienter valde 189 patienter att besvara enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 63 procent. Av totalt antal besvarade enkäter besvarades 57 procent på större vårdcentral och 43 procent på mindre vårdcentral. Av patienterna var 57 procent kvinnor och 37 procent var män, medelålder var 66 år (SD 15,4) och patienterna var mellan 18 och 94 år gamla. Av patienterna hade 34 procent grundskoleutbildning, 28 procent gymnasieutbildning och 25 procent utbildning på högskola eller universitet (Tabell 1).

**Tabell 1.** Deskriptiv information av patienter med planerade besök hos distriktssköterskan på vårdcentral

	Totalt antal n=186	Större VC n=105	Mindre VC n=81
<b>Kön n (%)</b>			
Man	68 (37)	42 (40)	26 (32)
Kvinna	105 (57)	56 (53)	49 (61)
Missing	13 (7)	7 (7)	6 (7)
<b>Ålder</b>			
Medelvärde (SD)	66 (15,4)	68,3 (15,6)	63,2 (14,7)
Median (Min-Max)	69 (18-64)	70 (18-94)	67 (20-87)
Missing	19		
<b>Utbildningsnivå n (%)</b>			
Grundskola	64 (34)	35 (33)	29 (36)
Gymnasium	52 (52)	37 (35)	15 (19)
Högskola/Universitet	46 (25)	18 (17)	28 (35)
Missing	24 (13)	15 (14)	9 (11)



I resultatet ses det att medianen för män och kvinnors ålder var den samma, 69 år. Minimum ålder för män var 18 år och för kvinnor 23 år. Maximum åldern för män var 94 år och för kvinnor 93 år. Av männen var det 43 procent som hade gått på grundskola, 23 procent hade gått på gymnasium och 25 procent hade gått på högskola eller universitet. För kvinnorna var det 33 procent som hade gått på grundskola, 34 procent hade gått på gymnasium och 28 procent hade gått på högskola eller universitet (Tabell 2).

**Tabell 2.** Deskriptiv information av bakgrundsvariabler fördelat på män och kvinnor

	Män <i>n</i> =68	Kvinnor <i>n</i> =105
<b>Ålder<sup>1</sup></b>		
Medelvärde (SD)	65,3 (16,3)	66,4 (14,8)
Median (Min-Max)	69 (18-94)	69 (23-93)
<b>Utbildningsnivå <i>n</i>(%)<sup>2</sup></b>		
Grundskola	29 (43)	35 (33)
Gymnasium	16 (23)	36 (34)
Högskola/Universite	17 (25)	29 (28)

<sup>1</sup>= 11% missing <sup>2</sup>= 13% missing

Det visade sig i resultatet att de flesta patienter upplevde sig delaktiga och välinformerade i hög grad då medianen för hur patienterna uppskattade graden av delaktighet var fyra på en fyragradig skala. Andel som upplevde sig delaktiga och välinformerade varierade mellan 77-91 procent när bortfallet och de som ansett frågor vara ej aktuella är borttagna i analysen.

**Tabell 3.** Frågornas svarsfrekvens

	Håller inte med alls	Håller delvis inte med	Håller delvis med	Håller helt med	Frågan ej aktuell
<b>Delaktighet</b>					
Jag hade möjlighet att delta i diskussion kring min behandling, <i>n</i> (%) <sup>1</sup>	4 (2)	2 (1)	15 (8)	143 (77)	14 (8)
Jag upplevde att distriktssköterskan/sjuksköterskan tog hänsyn till min kunskap/erfarenhet om mitt tillstånd, <i>n</i> (%) <sup>1</sup>	1 (1)	3 (2)	19 (10)	146 (79)	10 (5)
Jag kände mig delaktig i beslut om min behandling, <i>n</i> (%) <sup>1</sup>	2 (1)	3 (2)	17 (9)	144 (77)	13 (7)
<b>Information</b>					
Jag fick användbar information om hur undersökning/behandling skulle ske, <i>n</i> (%) <sup>2</sup>	3 (2)	1 (1)	8 (4)	128 (69)	21 (11)
Jag fick uppföljande information om tidigare behandlingar, <i>n</i> (%) <sup>3</sup>	3 (2)	5 (3)	14 (8)	72 (39)	57 (31)
Jag fick användbar information om hur jag kan sköta min egenvård, <i>n</i> (%) <sup>3</sup>	3 (2)	3 (2)	7 (4)	101 (54)	39 (21)
Jag fick tillfredställande information om läkemedel som distriktssköterskan/sjuksköterskan skrev ut till mig på recept, <i>n</i> (%) <sup>3</sup>	1 (1)	1 (1)	10 (5)	62 (33)	78 (42)

<sup>1</sup>= 4% Missing <sup>2</sup>=13% Missing <sup>3</sup>=18-19% Missing

I tabell 4 ses resultatet av jämförelse mellan patienter av manligt eller kvinnligt kön. Det sågs ingen signifikant skillnad på hur män och kvinnor skattade graden av delaktighet i mötet med distriktssköterskan. Vidare jämförelse mellan patienter av manligt eller kvinnligt kön fann

ingen signifikant skillnad på hur de skattade graden av information i mötet med distriktssköterskan. Vid jämförelse mellan män och kvinnor med uträkning av medelvärde istället för median, ses en liten men inte signifikant skillnad att kvinnor skattade högre grad av delaktighet och information i alla frågor förutom "jag fick användbar information om hur undersökning/behandling skulle ske".

**Tabell 4.** Jämförelse mellan män och kvinnor på frågorna.

	Män Median (Min-Max)	Kvinnor Median (Min-Max)	p-värde
<b>Delaktighet</b>			
Jag hade möjlighet att delta i diskussion kring min behandling	4 (1-4)	4 (1-4)	0,086 <sup>a</sup>
Jag upplevde att distriktssköterskan/sjuksköterskan tog hänsyn till min kunskap/erfarenhet om mitt tillstånd	4 (1-4)	4 (2-4)	0,401 <sup>a</sup>
Jag kände mig delaktig i beslut om min behandling	4 (1-4)	4 (1-4)	0,644 <sup>a</sup>
<b>Information</b>			
Jag fick användbar information om hur undersökning/behandling skulle ske	4 (1-4)	4 (1-4)	0,243 <sup>a</sup>
Jag fick uppföljande information om tidigare behandlingar	4 (1-4)	4 (1-4)	0,492 <sup>a</sup>
Jag fick användbar information om hur jag kan sköta min egenvård.	4 (2-4)	4 (1-4)	0,474 <sup>a</sup>
Jag fick tillfredställande information om läkemedel som distriktssköterskan/sjuksköterskan skrev ut till mig på recept.	4 (1-4)	4 (2-4)	0,626 <sup>a</sup>
Jag kan till fullo förstå innebörden av den information jag fått	4 (1-4)	4 (1-4)	0,44 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> = Mann-Whitney U Test

Det var inga signifikanta skillnader avseende patienternas skattning av graden av delaktighet ( $p=0,408 - 0,989$ ) och information ( $p=0,479 - 0,832$ ) vid besök hos distriktssköterska på större eller mindre vårdcentraler. Inga signifikanta skillnader hittades heller vid jämförelse mellan patienternas utbildningsgrad och hur de skattade graden av delaktighet ( $p=0,189-0,550$ ) eller information ( $p=0,196-0,827$ ) i mötet med distriktssköterskan. Det var heller inga signifikanta skillnader mellan patienternas grad av delaktighet ( $p=0,311-0,879$ ) och information ( $p=0,581-0,969$ ) i mötet med distriktssköterskan i jämförelse med deras ålder indelat i åldersgrupper, 18-68 år och 69-94 år.

## **Kvalitativ resultatdel**

Resultatet av de öppna frågorna visar att patienterna har belyst delaktighet och information men även gjort en generell bedömning av mötet med distriktssköterskan och vårdcentralen. Vid innehållsanalysen framträder nio kategorier (Bilaga 4 och 5). Kategorierna beskriver faktorer som förknippas med delaktighet och information som det upplevs av patienterna. Saker som också kom upp men inte motsvarade syftet är att patienterna uttryckte en bedömning om vårdcentralens service, vilken upplevs god, samt att patienterna är nöjda med mötet utan närmare specificering. Denna data upplevs inte i egentlig mening handla om delaktighet eller information varför den inte presenteras i resultatet. Två patienter uttryckte missnöje med information som givits eller saknats, men dessa patienter visade sig ha uttryckt klagomål som härrörde till läkarbesök

### *Delaktighet*

De sex kategorierna som berör delaktighet är personliga egenskaper, bemötande, professionellt bemötande, kontinuitet, dialog och undervisande information.

## Personliga egenskaper

Patienterna lyfter fram vikten av att distriktssköterskan är vänlig, empatisk, omtänksam, bryr sig om patienterna och visar intresse.

*"Hon är alltid förstående och uppmuntrande."*

## Bemötande

Patienterna anser att ett gott bemödande är av stor vikt för att de ska känna sig delaktiga i mötet med distriktssköterskan. Det goda mottagandet benämns som vänligt, jättefint, trevligt, bra bemötande.

*"Blir alltid vänligt mottagen av en fantastisk sköterska."*

## Professionellt bemötande

Patienterna beskriver egenskaper som hör till distriktssköterskans profession, som fördjupade kunskaper om de vanligaste sjukdomarna och att kunna inge förtroende och trygghet vilket anges ha betydelse för hur patienterna upplever delaktighet.

*"Kunnig inom specialistområdet vilket ger trygghet."*

## Kontinuitet

Delaktighet underlättas enligt patienterna genom att patienterna får träffa samma distriktssköterska från gång till gång. Att få träffa samma distriktssköterska över tid, skapade en personlig relation, vilket möjliggjorde delaktighet.

*"Att jag i mer än tio år haft samma distriktssköterska, med undantag av semester, och då fått samma vikarie. Toppen!" "Jag är nöjd med den personliga kontakten."*

## Dialog

När distriktssköterskan bjuder in till ett aktivt samtal genom att intressera sig och lyssna på patienternas erfarenheter och visar hänsyn till deras åsikter skapar hon ett klimat som gynnar delaktighet, vilket kan utläsas av patienternas svar. Patienterna är delaktiga i samtalet vilket ges exempel på i följande citat:

*"..lyssnar på mig, planerar tillsammans." "Mycket delaktighet, diskussion om vad som är bra för mig."*

## Undervisande information

Patienterna berömmar information de fått när de svarar på vad de är speciellt nöjda med gällande delaktighet vilket kan ses som att information och delaktighet är relaterat till vart annat.

*"Jag fick klara besked hur jag själv skulle sköta det." "God information."*

## Information

Vid innehållsanalysen framträder tre kategorier som speciellt beskriver hur information upplevs av respondenterna. De tre kategorierna är efterfrågad, förståelig och tillräcklig information.

## Efterfrågad information

Patienterna uppger sig vara speciellt nöjda med informationen när de fick svar på de frågor de hade med sig till besöket.

*".....svarar på alla frågorna." "Att jag fick svar på det jag undrade över."*

## Förståelig information

Patienterna uppskattar att informationen ges på ett klart och tydligt sätt.

*" Att den var saklig och förståelig."*

## Tillräcklig information

Flertalet patienter är nöjda med den information de fått och tycker att den är bra.

*" Jag känner mig nöjd över all information."*

# Diskussion

## Diskussion av vald metod

### *Generaliserbarhet*

Aktuell studie är snarlik en så kallad väntrumsundersökning (Ejlertsson, 2005). Den är enkel att utföra, enkäten delas ut till alla som besöker en inrättning, i detta fall alla som uppfyllde inklusionskriterierna vid besök hos distriktssköterska på en vårdcentral, under ett visst antal veckor. Det finns nackdelar att ta i beaktande. Eftersom enkäten delades ut under en relativt kort period, kom patienter som besöker vårdcentralen sällan, att med liten sannolikhet ingå i undersökningen, medan högkonsumenter av vård däremot hade stor sannolikhet att ingå i studien. Detta innebär att andelen högkonsumenter är stor bland respondenterna. I aktuell studie har 65 procent uppgett hur ofta de besökt vårdcentralerna det senaste året, och en övervägande majoritet av dessa uppger sporadiska besök (1-3/år). Enligt litteraturen är det rimligt att tro att flertalet respondenter trots allt har besökt vårdcentralerna ofta (Ejlertsson, 2005). Äldre människor gör fler besök på en vårdcentral än unga. Detta betyder i sin tur att vi fick en majoritet av respondenter som är äldre (medelålder 66, median 69). Alltså har vi äldre, troligen högkonsumenter av vård, som en klar majoritet av respondenterna. Det är troligt att anta enligt Ejlertsson, att högkonsumenter har skilda åsikter mot sporadiska besökare, likväl som att äldre har andra åsikter än yngre. De som väljer att inte gå till vårdcentralen alls utan listar sig på en annan för att de inte är nöjda, kommer heller inte med. De som är mest nöjda är ofta de besökare som kommer ofta och är därmed troligtvis en majoritet i urvalet, vilket innebär att väntrumsundersökningar överskattar andelen nöjda personer, vilket kan vara fallet även i aktuell studie som fick så stor andel av äldre respondenter och respondenter som skattade sin delaktighet och information högt. De personer som valt att inte delta i studien, det vill säga det externa bortfallet, är för oss okända då det inte förts något register över till vem enkäterna delats ut. Därmed kan ingen jämförelse av variabler mellan bortfallsgrupp och respondenter göras, vilket leder till begränsade möjligheter att dra slutsatser till populationen (Ejlertsson, 2005). Resultatet i sin helhet anses rimligt med tanke på att besök av akut karaktär eller drop-in besök har exkluderats i undersökningen. Erfarenhetsmässigt tenderar



patienter i samband med sådana besök att kunna vara mindre nöjda överlag. Om dessa patienter hade inkluderats i undersökningen skulle resultatet troligtvis blivit annorlunda.

### *Validitet/Reliabilitet*

Ett redan befintligt frågeformulär som var validitet - och reliabilitetstestat användes för att undvika felkonstruerade frågor ifall de skulle konstruerats av oss istället. Konstruktion av enkätfrågor kräver stor erfarenhet (Ejlertsson, 2005). För att frågorna ska förstås av allmänheten ska språket vara så enkelt som möjligt. Risken att någon fråga skulle feltolkas försökte elimineras genom att dela upp frågor som innehöll mer än en fråga till enskilda frågor samt genom användande av ett okomplicerat språk. Ejlertsson påpekar att endast en fråga per fråga får förekomma för att undvika risken att respondenten undviker att svara då det är omöjligt att svara både ja och nej om det anses nödvändigt. Risken för bortfall och feltolkningar ansågs i aktuell studie minimerad i och med befintliga frågors omformulering. Givetvis finns ändå risken att frågornas validitet försämrats på grund av omarbetning, med tanke på författarnas oerfarenhet inom området. Enkäter kan vara svåra att fylla i för äldre, blinda, analfabeter eller utbildade personer (Polit & Beck, 2004). Det finns en potentiell risk att någon blev exkluderad på grund av detta. Enligt Polit och Beck går det aldrig att helt undvika missförstånd i samband med besvarande av enkät, frågor kan tolkas felaktigt och därmed via missförstådda enkätsvar resultera i felaktiga slutsatser. För att minimera risken för missförstånd, delades tre pilotenkäter ut.

I aktuell enkät ställs frågor om delaktighet och information, utan att i förväg definiera dessa två begrepp för respondenterna. Författare och respondenter kan lägga olika innebörd i delaktighet och information. Detta kan ha påverkat innehållsvaliditeten i de öppna enkätfrågorna (Ejlertsson, 2005). Majoriteten av enkätfrågorna var frågor med fasta svarsalternativ vilket gav respondenterna möjlighet till alternativa svar att välja mellan, samtidigt kräver detta inte så mycket tid av respondenterna vilket leder till fler svar (Polit & Beck, 2004). Vissa respondenter kan protestera mot att tvingas välja alternativ som inte till fullo motsvarar deras åsikt. Då kan öppna frågor ge en viss frihet åt respondenten att modifiera sitt svar, varför fyra öppna frågor lades till i enkäten vilket möjliggjorde för respondenterna att beskriva vad de var speciellt nöjda med eller inte angående delaktighet och information. Reliabiliteten blir större om urvalet är heterogent (Polit & Beck, 2004), vilket

aktuellt urval inte helt är med tanke på hög ålder hos patienterna. Aktuellt instrument riktar sig till patienter, vilket även det ursprungliga formuläret "QPP" gör. Därmed kan reliabiliteten troligtvis vara ganska god (a.a.).

### *Trovärdighet*

De öppna frågorna har enbart använts för att fördjupa studiens resultat, därmed har inga bakgrundsvariabler tagits hänsyn till i analysen av den kvalitativa delen av studien. Därmed minskas trovärdigheten (Lundman & Graneheim, 2012). Ett kritiskt moment gällande trovärdigheten är att välja ut de mest passande meningsbärande enheterna, så att de varken blir för breda eller smala eftersom de då riskerar att antingen innehålla flera betydelser eller splittras. I aktuell studie var textmaterialet korta meningar och enstaka ord vilket anses ha gjort den manifesta innehållsanalysen relativt enkel i letandet av meningsbärande enheter. Resultatets trovärdighet beror även på hur väl kategorier omfattar data, så att relevant data inte råkat exkluderas eller irrelevant data inkluderats (Graneheim och Lundman, 2004). Författarna har diskuterat sig fram till en överenskommelse kring bildandet av kategorier. Med tanke på att distriktssköterskorna i undersökningen var medvetna om studiens innehåll, det vill säga delaktighet och information, kan det tänkas att de ansträngde sig extra i mötet med patienten och därigenom förbättrade resultatet. Respondenterna i sin tur kan ha uppgett ett mer positivt resultat då de eventuellt trodde att resultatet skulle bli synligt för distriktssköterskan. Graneheim & Lundman (2004) menar att i de fall en undersökning pågår över längre tid finns en risk att data hinner förändras eller att forskaren ändrar sig i analysprocessen. I det aktuella fallet bör detta inte ha haft någon inverkan på resultatet då alla respondenter fått samma enkätfrågor under en förhållandevis kort period. Författarna har också haft en öppen dialog och analyserat hela materialet under en kort tid för att gemensamt finna likheter och olikheter i materialet. På detta vis har det på grund av analys utdragen över tid inte funnits möjlighet att ändra sig i sitt sätt att se på data. Om en text ska tolkas krävs gedigen information om deltagarna samt att texten måste förstås utifrån det sammanhang den befinner sig i (Lundman & Graneheim, 2012). De öppna frågorna i enkäten har genererat korta svar och meningar, ibland bara några ord. Författarna har försökt med det befintliga materialet att beskriva så rikt och utförligt som möjligt så att läsaren med hjälp av citat i texten kan leta efter alternativa tolkningar vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) menar ökar överförbarheten av resultatet. Överförbarheten av den kvalitativa delen kan vara

låg då inga intervjuer är utförda. Det är heller inte utfört någon utförlig beskrivning av deltagarna eller vilka omständigheter som förelåg vid datainsamlingen. Därav uttrycks innehållet endast på en beskrivande nivå, med tyngdpunkt på det manifesta innehållet.

Användandet av en kombinerad undersökning med både kvantitativ och kvalitativ metod kan förbättra giltigheten (Polit & Beck, 2004), vilket tydliggörs i aktuell studie eftersom både den kvantitativa och kvalitativa delen av studien talar om att patienterna är nöjda med delaktighet och information.

## **Diskussion av framtaget resultat**

Patienterna skattar graden av delaktighet och information högt, vid mötet med distriktssköterskan, på alla vårdcentraler som ingick i studien, oavsett om de var större eller mindre enheter. Detta verifierades även av de öppna frågorna där patienterna med egna ord beskrev vad de var nöjda med avseende delaktighet och information vid mötet med distriktssköterskan på vårdcentral. Dessa resultat är i linje med en kvantitativ studie av Thörnkvist et al. (2000) där det framkommer att öppenvårdspatienter i hög grad uttrycker möjlighet till deltagande i beslut kring deras personliga vård. Dessutom rapporteras i ytterligare en kvantitativ studie att patienter på vårdcentral hos distriktssköterska i hög grad anser sig vara nöjda eller mycket nöjda med den vård som erbjuds (Bergman, Perhed, Eriksson, Lindblad & Fagerström, 2013). Även en årligen utförd undersökning av Sveriges vuxna befolkning visar på ett högt resultat gällande befolkningens inställning till hälso- och sjukvården då endast tre procent har svarat att de önskar ett bättre bemötande i allmänhet respektive bli sedd, hörd och trodd (Vårdbarometern, 2012). Således stämmer resultatet i aktuell studie överens med tidigare forskning som också finner att patienter överlag är nöjda med delaktighet, vården som givits och bemötandet.

Patienterna skattade graden av information given högt, exempelvis "användbar information kring hur jag kan sköta min egenvård". Fynden styrks av att majoriteten av patienterna i Jakobssons (2007) kvantitativa undersökning, utförd via postenkät till invånare i Skåne, upplevde sig ha fått tillräcklig information gällande vård och behandling vid besök inom hälso- och sjukvården. De tyckte även att den information de fått var tillfredställande så att patienterna på ett tryggt och bra sätt kunde sköta sin egenvård (a.a.).

Även om det finns brister i patienters erfarenheter av delaktighet och information, är trots allt majoriteten nöjda med den vård de erhållit. Distriktssköterskorna i aktuell studie beskrivs av patienterna som om de redan arbetar med ett personcentrerat förhållningssätt. Detta kan medföra att patienterna i aktuell studie skattar graden av delaktighet och information så högt. Majoriteten har med positiva ordalag beskrivit vad de varit speciellt nöjda med gällande delaktighet och information, exempelvis distriktssköterskans personliga egenskaper, bemötande och dialog samt att informationen varit tillräcklig och förståelig. Patienterna uttrycker att distriktssköterskan har specialkunskaper som är viktiga för dem, att distriktssköterskan ser och hör dem, att de kunnat diskutera med distriktssköterskan och varit delaktiga i beslut samt att de upplever den personliga relationen som värdefull för möjlighet till delaktighet. Holmström och Röing, (2010) beskriver innebörden av patientcentrerat förhållningssätt på ett liknande vis, bland annat som ett delat makt och ansvarstagande i omvårdnadssituationen där vårdgivaren med lyhördhet känner av de behov om information och delaktighet som patienten har, att vårdgivaren uppmärksammar flera aspekter av patientens hälsa och att det förekommer ett sorts förbund mellan vårdgivare och patient, en relation som stärks efterhand som gemensamma mål för behandlingen utvecklas. Avslutningsvis menar de att vårdgivarens personliga egenskaper påverkar vårdarbetet (a.a.). Detta visar på att kategorierna som framkommer i resultatet stämmer överens med ett personcentrerat förhållningssätt, vilket är en fördel för patienterna som upplever sig delaktiga och nöjda med den information de erhållit.

Resultatet visar inga skillnader i hur delaktighet och information skattas av patienter på större och mindre vårdcentraler. Vid jämförelser mellan större och mindre vårdcentraler framkommer ingen signifikant skillnad i hur patienterna skattat grad av delaktighet och information. Större vårdcentraler förknippas med sämre betyg angående delaktighet i beslut om vård och behandling hos sjuksköterska (Häger Glenngård & Anell, 2012) samt lägre skattning i undersökningar gällande patienters tillfredsställelse (Kontopantelis et al. 2010). Aktuell studie finner ingen signifikant skillnad på större eller mindre vårdcentraler avseende skattning av delaktighet och information bland patienterna, även om övrig litteratur visar att större enheter får sämre betyg.

Det framkommer inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor i hur delaktighet och information skattas av patienter i resultatet. Vid jämförelse mellan män och kvinnor med uträkning av medelvärde istället för median kan lättare ses en liten, men inte signifikant,

skillnad att kvinnor skattar grad av delaktighet och information högre i alla frågor förutom "jag fick användbar information om hur undersökning/behandling skulle ske". Kvinnliga patienter rapporterar större möjlighet till delaktighet (Fröjd et al. 2011) och större önskan att delta i beslut kring sin vård (Nomura et al. 2007). Män tenderar oftare att inta en passiv roll gällande delaktighet och beslutsfattande i relationen till sina vårdgivare (Benbassat et al. 2010). Även Törnkvist et al. (2000) har uppmätt könsskillnader. Manliga öppenvårdspatienter rapporterar lägre tillfredsställelse kring möjligheten till delaktighet i beslutsfattande om deras personliga vård (a.a.). Resultatet indikerar en skillnad mellan könen vad gäller patienternas deltagande i vården till kvinnornas fördel om än inte signifikant. Däremot finns det i litteraturen beskrivet signifikanta skillnader som stöder resultatet att kvinnor skattar grad av delaktighet och information högre än män.

## Slutsats och kliniska implikationer

Framtaget resultat visade på att patienterna skattade graden av delaktighet och information högt. Inga signifikanta skillnader kunde ses mellan hur män och kvinnor och hur patienter som besökte större eller mindre vårdcentraler skattade graden av delaktighet och information. Det går inte att dra några generella slutsatser till populationen men med fortsatta studier med annorlunda tillvägagångssätt kan liknande studie göras generaliserbar. En viktig aspekt möjlig att undersöka i framtida studier är vad delaktighet innebär för patienter och vårdpersonal eftersom detta kan skilja sig åt. Skillnader kring begreppet delaktighet kan medföra att vårdpersonal värdesätter andra dimensioner av delaktighet än vad patienterna gör vilket kan leda till att vårdpersonal omedvetet förhindrar patienternas delaktighet. Författarna tror att följsamhet kring vård och behandling blir bättre om patienten är delaktig, detta förutsätter dock att patienten upplever sig delaktig och inte bara att distriktssköterskan anser sig ha gjort patienten delaktig.

## Referenser

- Benbassat, J., Pilpel, D., & Tidhar, M. (2010). Patients' preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. *Behavioral Medicine, 24*, (2), 81-88. doi:10.1080/08964289809596384
- Bergman, K., Perhed, U., Eriksson, I., Lindblad, U., & Lisbeth Fagerström. (2013). Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: A new role in Swedish primary care. *International Journal of Nursing Practice, 19*, (3), 326-333.
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, KR., Kenten, C., Howe, A., & Francis, SA. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: A review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technology Assessment, 16*, (30). doi:10.3310/hta16300
- Deinzer, A., Babel, H., Veelken, R., Kohnen, R., & Schmieder, R. E. (2006). Shared decision-making with hypertensive patients. Results of an implementation in Germany. *Deutsche Medizinische Wochenschrift 131*, (46), 2592-2596. doi:10.1055/s-2006-956254
- Distriktssköterskeförbundet i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning : Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*.
- Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad: Definition, mätskalor och hälsoeffekter*. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s.29-37). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, PO. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology, 7*, (4), 362-367. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekdahl, A. W., Andersson, L., Wiréhn, A-B., & Friedrischsen, M. (2001). Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatrics, 11*, (46), 1-8. doi:10.1186/1471-2318-11-46
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: The PCC-HF study. *European Heart Journal, 33*, (9), 1112-1119. doi:10.1093/eurheartj/ehr306
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations, 11*, (3), 263-271. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x
- Eldh, A. C., Ehnfors, N., & 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, 3*, (3), 239-248. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2004.05.001

- Enqvist, B. (2007). *Utlämnad, liten, sårbar*. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (s.409-424). Lund: Studentlitteratur.
- Frank, Catharina. (2010). *Tillfället gör delaktighet: Patienters och vårdares erfarenheter av patientdelaktighet på akutmottagning. En deskriptiv, metodutvecklande och utvärderande studie* (avhandling för doktorsexamen, Växjö Linnéuniversitetet, 2010).
- Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., & Wadensten, B. (2011). *Journal of Nursing Management*, 19, (2), 226-236. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Heisler, M., Vijan, S., Anderson, R. M., Ubel, P. A., Bernstein, S. J., & Hofer, T. P. (2003). When do patients and their physicians agree on diabetes treatment goals and strategies, and what difference does it make? *Journal of General Internal Medicine*, 18, (11), 893–902. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.21132.x
- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79, (2), 167-172. doi:10.1016/j.pec.2009.08.008
- Häger Glenngård, A., & Anell, A. (2012). *Rapport 2012:1. Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* Vårdanalys. Hämtad från internet 15 oktober 2013 på <http://www.vardanalys.se/>
- Jakobsson, U. (2007). Möten och bemötande i hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 84, (6), 541-548.
- Kristensson Ekwall, A. (2010). *Personcentrerad vård ur ett akutvårdsperspektiv*. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s.51-60). Lund: Studentlitteratur.
- Kontopantelis, E., Roland, M., & Reeves, D. (2010). Patient experience of access to primary care: Identification of predictors in a national patient survey. *BMC Family Practice*, 11, (61), 1–15. doi:10.1186/1471-2296-11-61.
- Larsson, I. E., Sahlsten, M. J.M, Segesten, K., & Plos, K. A. E. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, (3), 575-582. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x
- Larsson, G., Larsson, BW., & Munck, IM. (1998). Refinement of the questionnaire 'quality of care from the patient's perspective' using structural equation modelling. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12, (2), 111-118.
- Luijckx, H. D., Loeffen, M. JW., Lagro-Janssen, A. L., van Weel, C., Lucassen, P.L., & Schermer, T. R. (2012). GPs' considerations in multimorbidity management: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 62, (600), 503- 510. doi:10.3399/bjgp12X652373

- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2012). *Kvalitativ innehållsanalys*. I. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.187-201). Lund: Studentlitteratur
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing, 13*, (1), 41-49.
- McIntosh, A, & Shaw, C. (2003). Barriers to patient information provision in primary care: Patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. *Health Expectations, 6*, (1), 19-29.
- Nomura, K., Ohno, M., Fujinuma, Y., & Ishikawa, H. (2007). Patient autonomy preferences among hypertensive outpatients in a primary care setting in Japan. *Internal Medicine, 46*, (17), 1403-1408. doi:10.2169/internalmedicine.46.0141
- Olsson, L-E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2012). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials- a systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 22*, (3-4), 456-465. doi:10.1111/jocn.12039
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. (4. ed.). Maidenhead: Open University Press/McGrawHill.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. (7. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1997). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. (4. ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum, 43*, (1), 2-11.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2007). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SPSS Statistics 22 (IBM, SPSS INC., Somers. NY.USA).
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 50*, (3), 283-292. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x



Svenska Akademiens Ordlista. Hämtad från appen "SAOL" den 25:e september, 2013.

The World Medical Association declaration of Helsinki (2008). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 15 februari 2013 från [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Törnkvist, L, Gardulf, A., & Strender, L-E. (2000). Patients' satisfaction with the care given by district nurses at home and at primary health care centres. *Scandinavian journal of caring sciences*, 14, (2), 67-74.

Vårdbarometern. (2012). *Vårdbarometern helårsrapport 2012. Rapport från Sveriges Kommuner och Landsting med en sammanfattning av Vårdbarometerens resultat för år 2012*. Hämtad från internet 11 oktober 2013 på <http://vardbarometern.nu/>

## Bilaga 1 (3)

Enkät skapad av Ingela Johansson och Linda Jönsson, distriktssköterskestudenter, Lunds Universitet.

### Fyll i/kryssa för svarsalternativ

Man  Kvinna

Ålder

Utbildning:

Grundskola eller motsvarande  Gymnasium  Högskola/Universitet  Annat

Orsak till besök

Hur många gånger senaste året har Du besökt en distriktssköterska/ sjuksköterska? (inklusive detta besöket)

Kryssa för det svarsalternativ som bäst stämmer överens med hur Du upplever besöket hos distriktssköterskan/sjuksköterskan.

<b>Delaktighet</b>	Håller inte med alls	Håller delvis inte med	Håller delvis med	Håller helt med	Frågan ej aktuell
Jag hade möjlighet att delta i diskussion kring min behandling.	1	2	3	4	
Jag upplevde att distriktssköterskan/sjuksköterskan tog hänsyn till min kunskap/erfarenhet om mitt tillstånd.	1	2	3	4	
Jag kände mig delaktig i beslut om min behandling.	1	2	3	4	

Är det något du är speciellt nöjd med vad gäller din delaktighet under mötet med distriktssköterskan/sjuksköterskan? I så fall vad?

---

---

---

---

Är det något du inte är nöjd med vad gäller din delaktighet under mötet med distriktssköterskan/sjuksköterskan? I så fall vad?

---

---

---

---

<b>Information</b>	Håller inte med alls	Håller delvis inte med	Håller delvis med	Håller helt med	Frågan ej aktuell
Jag fick användbar information om hur undersökning/behandling skulle ske.	1	2	3	4	
Jag fick uppföljande information om tidigare behandlingar.	1	2	3	4	
Jag fick användbar information om hur jag kan sköta min egenvård	1	2	3	4	
Jag fick tillfredställande information om läkemedel som distriktssköterskan /sjuksköterskan skrev ut till mig på recept.	1	2	3	4	

**forts Information**Håller inte  
med allsHåller delvis  
inte medHåller delvis  
medHåller  
helt medFrågan ej  
aktuell

Jag kan till fullo förstå  
innebörden av den information  
jag fått.

1

2

3

4

Är det något du är speciellt nöjd med vad gäller den information du fått? I så fall vad?

---

---

---

---

Är det något du upplever att du inte fått information kring? I så fall vad?

---

---

---

---

Vi tackar för ditt deltagande i vår enkätundersökning/ Ingela och Linda

## Bilaga 2 (3)

### Kategorier framtagna med manifest innehållsanalys gällande delaktighet

Meningsbärande enheter	Kod	Kategorier
Hennes vänlighet och empati : Intresserad sköterska :Helt underbara alla :Trevlig, ger sig tid :Underbar sköterska :Bryr sig :Glädje och medkänsla :Gott engagemang :Omtanke :Förstående och uppmuntrande	Vänlighet, Empati, Intresse, Uppmuntrande, Omtanke	Personliga egenskaper
Ett gott bemötande :Mycket vänligt bemötande :Alltid vänligt mottagen :Fint bemötande :Mottagandet jag har fått har varit jättefint :Trevligt bemötande :Bra bemötande :positivt bemötande ett stort plus	Bemötande, gott, vänligt, fint, trevligt, bra, positivt,	Bemötande
Följer noga upp situationen :Mycket bra på att ge feed-back :Kunnig inom specialistområdet vilket ger trygghet :Inte lika stressad och orolig till skillnad från när jag kom :Känns tryggt med kompetent distriktssköterska :Jag känner stort förtroende för sjuksköterskan	Uppföljning, Feed-back, Kunnig, Specialist, Avstressat, Trygg, Kompetent, Förtroende	Professionellt bemötande
Att jag i mer än 10 år haft samma distriktssköterska :Jag är nöjd med den personliga kontakten :Den kontinuerliga kontakten	Kontinuerlig, Personlig	Kontinuitet
:Vi hade en bra dialog under besöket :Hon är lyssnande och tar hänsyn till vad jag tycker :Hon lyssnar på vad jag har att säga :Lätt att prata med :Om jag skulle få salva eller inte på recept : Planerar tillsammans :Mycket delaktighet, diskussion om vad som är bra för mig	Dialog, Diskussion, Lyssnar	Dialog
:Fast det var en enkel kontroll informerade hon bra :Utmärkt förklaring till mina besvär :God information :Fick klara besked på frågor jag önskade få svar på	Information, Svar, Förklaring	Undervisande information

## Bilaga 3 (3)

Kategorier framtagna med manifest innehållsanalys gällande information

<b>Meningsbärande enheter</b>	<b>Kod</b>	<b>Kategorier</b>
Jag fick den info jag behövde :Att jag fick svar på det jag undrade över :Fick korrekta svar på mina frågor	Info jag behövde Svar Korrekta svar	Efterfrågad information
Bra information på ett enkelt sätt som en vanlig människa förstår :Klar och tydlig info som man förstår :Att den var saklig och förståelig	Förstår Klar och tydlig Saklig	Förståelig information
Rejåla svar på mitt/mina besvår :All information var helt tillfredställande :Jag känner mig nöjd över all information	Rejåla svar Tillfredsställande Nöjd	Tillräcklig information