



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

# Patienters upplevelse av delaktighet i vården

En intervjustudie vid en allmänpsykiatrisk enhet

Författare: Christina Grip och Ulrika Förander

Handledare: Marie Cedereke

Magisteruppsats

Hösten 2016

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Patienters upplevelse av delaktighet i vården

## En intervjustudie vid en allmänpsykiatrisk enhet

Författare: Christina Grip och Ulrika Förander

Handledare: Marie Cedereke

Magisteruppsats

Hösten 2016

### Abstrakt

Omvårdnadsforskning som inbegriper patientdelaktighet inom allmänpsykiatri är sparsam. Däremot finns en hel del forskning vad gäller patientdelaktighet inom den somatiska vården. Denna studie syftar till att beskriva hur patienter på en allmänpsykiatrisk enhet upplever delaktighet i sin vård/rehabilitering. Studien är kvalitativ och bygger på tretton semistrukturerade patientintervjuer. Studiens resultat redovisas under tre teman: *Faktorer som främjar delaktighet, Hindrande faktorer för delaktighet* samt *Vad patienten anser om sin delaktighet på Rehabteamet/Mellanvården*. I resultatet framkommer betydelsen av kommunikation. Att få återkommande information från personalen och en god allians är viktiga faktorer för att främja delaktighet. Hinder för delaktighet tycks vara patientens egna mående. Flertalet informanter beskriver svårigheter att framföra egna behov och önskemål vid ett sviktande mående. Patienterna beskrev delaktigheten på den allmänpsykiatriska enheten som undersökts som god. Att kontinuerligt reflektera kring, och fråga patienten om vad som främjar respektive hindrar dennes delaktighet torde vara av värde för att öka patientens upplevelse av delaktighet.

### Nyckelord

Delaktighet, patient, allmänpsykiatri, upplevelse, hindrande, främjande.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

# Innehållsförteckning

Introduktion .....	4
Problemområde .....	4
Bakgrund .....	5
Perspektiv och utgångspunkter .....	5
Delaktighet som begrepp .....	6
Förutsättningar och hinder för delaktighet .....	6
Shared decision making – delat beslutsfattande .....	7
Personcentrerad vård .....	7
Vårdrelationen .....	8
Beskrivning av verksamheter som ingår i undersökningskontext .....	9
Studiens betydelse .....	9
Syfte .....	10
Metod .....	10
Urval .....	10
Instrument .....	11
Datainsamling .....	11
Analys av data .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	13
Introduktion .....	13
Faktorer som främjar delaktighet .....	13
Kommunikation .....	13
Autonomi .....	14
Kompetens hos vårdpersonalen .....	15
Fungerande samarbete inom organisationen .....	15
Hindrande faktorer för delaktighet .....	16
Det egna måendet .....	16
Personalens bemötande .....	16
Bristande resurser .....	17
Vad patienter anser om sin delaktighet på Rehabteamet/Mellanvården .....	17
Rehabteamet .....	17
Mellanvården .....	18
Diskussion .....	19
Metoddiskussion .....	19
Resultatdiskussion .....	21
Konklusion och implikationer .....	25
Referenser .....	26
Bilaga 1 (2) .....	28
Bilaga 2 (2) .....	29

## Introduktion

När en individ av olika skäl har behov av vård och kliver in i patientrollen kan det uppstå en obalans i maktsituationen med risk för att patienten hamnar i en beroendeställning gentemot de professionella (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). För att värna om patientens autonomi och för att jämna ut maktobalans ska hälso- och sjukvårdspersonal möjliggöra för patienten att vara aktiv i sin vård och behandling (Socialstyrelsen, 2014). Den svenska sjukvården ska i möjligaste mån designas i samarbete med patienten (Patientlag 2014:821). I personcentrerad vård är patientens behov i fokus och det är viktigt att bedöma graden av delaktighet utifrån patientens egna önskemål (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Denna studie avser att ge en större insikt i hur allmänpsykiatriska patienter upplever delaktighet i sin vård respektive rehabilitering och hur de definierar begreppet delaktighet. Studien avser att belysa patientperspektivet.

## Problemområde

Att vara delaktig i sin egen vård kan upplevas svårt för patienter inom allmänpsykiatri, mycket beroende på att denna patientgrupp kan uppleva nedstämdhet, koncentrationsproblem, initiativlöshet, minnessvårighet och låg självkänsla. En sviktande kognitiv förmåga ger funktionsnedsättningar som kan minska förutsättningarna för delaktighet genom att patienten får svårare att uttrycka sina behov, tillgodogöra sig information samt ta beslut (Socialstyrelsen, 2014). Sjuksköterskan och övrig vårdpersonal bör arbeta för att stärka individens autonomi i det dagliga livet.

Omvårdnadsforskning som inbegriper både patientdelaktighet och allmänpsykiatri är inte särskilt omfattande i dagsläget, däremot finns det en hel del forskning inom ämnet patientdelaktighet vad gäller den somatiska vården. Det är därför av vikt att söka mer kunskap om hur allmänpsykiatriska patienter upplever sig vara delaktiga i sin vård och även belysa vilka faktorer som främjar respektive hindrar delaktighet.

Tobiano, Marshall, Bucknall & Chaboyer (2015) har i en översikt sammanställt åtta studiers resultat kring patientdelaktighet i somatisk slutenvård. Den klart viktigaste faktorn för patientdelaktighet som påvisades i de olika studierna var information.

Faktorer som var betydelsefulla för att få till ett fungerande informationsutbyte mellan patient och sjuksköterska, var att sjuksköterskan visade sig tillgänglig, bjöd in till frågor och gav sig tid att skapa en god vårdrelation. Aktivt deltagande i upprättandet av den egna vårdplanen var ytterligare en viktig faktor.

Författarna till detta arbete har valt att via intervjuer fråga patienter på en allmänpsykiatrisk enhet i Lund om deras känsla av delaktighet i sin vård/rehabilitering och det är dessa intervjuer som ligger till grund för studien.

## **Bakgrund**

### *Perspektiv och utgångspunkter*

Omvårdnadsvetenskapen har sin grund i en humanistisk människosyn där människan ses som produktiv och aktiv och som en del i en kontext. En grundläggande del inom omvårdnad är att den sker på individnivå (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010b). Vägledande och värdegrundande för sjuksköterskans handlande är förutom olika reglerande lagar även ICN:s Etiska kod (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014). Patientens delaktighet, inflytande och självbestämmande är viktiga grundstenar i all vård och omsorg och regler för detta finns i såväl hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), socialtjänstlagen (2001:453) som patientlagen (2014:821) (Socialstyrelsen, 2015).

I Hälso- och sjukvårdslagen §2 (1982:763) står att vården ska bygga på respekt för människors lika värde, respekt för den enskildes självbestämmande och för hans integritet, samt i möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med den enskilde (Statens beredning för medicinsk och social utredning, 2013).

Som utgångspunkt för studien finns Antonovskys teori om salutogenes (Antonovsky, 2005). Ett av kärnkoncepten i denna teori är Känsla av sammanhang, KASAM som innefattar begreppen begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. Begriplighet ger individen möjlighet att kunna förutse och begripa vad som sker inom och utanför hen. Meningsfullhet betyder bland annat att individen kan se ett värde i att engagera sig i de prövningar som hen utsätts för i livet. Hanterbarhet innebär att individen kan tillgå de resurser som behövs för att hantera situationer (a.a.).

## Delaktighet som begrepp

Begreppet delaktighet beskrivs i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) som ”En persons engagemang i en livssituation” (WHO, 2001).

Socialstyrelsen beskriver delaktighet som att individen ska ha inflytande och självbestämmande över sin vård (Socialstyrelsen, 2015).

## Förutsättningar och hinder för delaktighet

*Delaktighet* är väsentligt i den personcentrerade vården inom all sjukvård. Patienten ska ha möjlighet att påverka sin vård och behandling samt vara aktivt delaktig i de beslut som rör dennes hälsa.

En förutsättning för personcentrerad vård är att patienten *är* och *känner* sig delaktig i sin vård. Kunskap, delat beslutsfattande samt egenvård vid kroniska tillstånd är viktiga byggstenar för att patienten ska kunna bli delaktig. Detta kräver i sin tur att sjuksköterskan innehar en bred kompetens och stor kunskap kring flera olika livsområden som sociala, psykiska, existentiella och fysiska. Ytterligare en förutsättning för personcentrerad vård och därmed möjlighet för patienten att bli delaktig i sin vård, är att sjuksköterskan kan förmedla denna kunskap på ett sätt så patienten förstår och kan tillgodogöra sig informationen (Svensk sjuksköterskeförening, 2010a).

Även Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos (2009) tar i sin studie, om hur sjuksköterskan genom olika strategier kan öka patientdelaktigheten, upp vikten av att sjuksköterskan skaffar sig omfattande kunskap om patienten för att lättare kunna anpassa nivån på informationen så att patientens delaktighet ökar. Vidare betonar författarna värdet av en relation byggd på ömsesidig tillit och respekt mellan behandlare och patient.

I en studie om vårdstrategier för sjuksköterskor vad gäller förbättringar av patienters delaktighet i sin vård, betonas vikten av att sjuksköterskan bör sträva efter att hjälpa och vägleda patienten mot meningsfulla kunskaper och upptäckter kring sin egen kapacitet (Sahlsten et al., 2009).

Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos (2011) påvisar i sin studie hinder för patientdelaktighet. De hinder man i studien beskriver är patientens konfrontation med den egna oförmågan, avsaknad av empati från vårdpersonal, förmyndarattityd och strukturella hinder i organisationen.

Delaktighet innebär att individen ska ha inflytande och självbestämmande över sin vård. Av denna anledning bör individen, av hälso- och sjukvårdspersonal, uppmuntras att delta i den egna vården. Delaktighet är en rättighet med positiva effekter för den enskilde. När den enskilde upplever delaktighet, tydliggörs vad som fungerar och inte fungerar i hans eller hennes vård/ behandling/ rehabilitering, vilket i sin tur kan leda till en positiv spiral för individen (Socialstyrelsen, 2015).

### Shared decision making – delat beslutsfattande

*Shared decision making* är exempel på ett arbetssätt, en modell, utformad med syfte att öka patientens delaktighet i sin vård. Behandlarens roll i denna modell innefattar att informera kring den kunskap som finns avseende evidensbaserade behandlingsmetoder, både gällande för- och nackdelar. Det är dessutom behandlarens uppgift att uppmuntra patienten att vara aktiv i beslut kring den egna vården (Socialstyrelsen, 2012).

Enligt Socialstyrelsen (2012) visar flera studier på att det finns önskemål från patienternas sida om mer information kring sin behandling, detta för att kunna utöva ett större inflytande över sin vård. Delar som ingår i Shared decision making modellen är: Minst två personer måste vara inblandade i processen och dessa personer ska dela all information som är av värde. Alla inblandade måste delta i beslutsprocessen och acceptera de beslut som fattas. Viss evidens finns för att Shared decision making ökar följsamheten i behandling, minskar behandlingsavbrott och ökar tillfredsställelsen med vården (a.a.).

### Personcentrerad vård

*Personcentrerad vård* är idag ett viktigt begrepp inom sjukvården och med personcentrerad vård menas att bekräfta och respektera individens egen upplevelse och syn på vad hälsa betyder för just denna specifika individ. Personcentrerad vård innebär även att ge lika stort värde åt både individens unika synvinkel som åt den professionellas (Svensk sjuksköterskeförening, 2010a). Svensk sjuksköterskeförening (2010c) anger personcentrerad vård som en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser. Övriga kärnkompetenser är samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik.

I personcentrerad vård har sjuksköterskan en viktig uppgift i att skapa förutsättningar för patienten att få möjlighet att leva det liv han eller hon vill, utifrån hans eller hennes egen definition av ett gott liv.

Sjuksköterskan har ansvar för att företräda och stå upp för patienten och i den mån det går, möjliggöra för patienten att leva ett så vanligt liv som möjligt, trots ohälsa eller sjukdom. Det är sjuksköterskan som genom sin profession påverkar om vården för patienten blir personcentrerad, sjukdomsorienterad, organ- eller diagnoscentrerad (Svensk sjuksköterskeförening, 2010a).

Personcentrerad vård innebär vidare att patienten är involverad och aktiv i planeringen och genomförandet av den egna vården. Det innebär också att man fokuserar på de resurser varje individ har och vad det innebär att vara människa i behov av vård. I personcentrerad vård ses patienten som en individ som kan ta egna beslut och göra egna val, baserat på information och kunskap om sin sjukdom och sina funktionsnedsättningar och där individens autonomi och medbestämmande respekteras (Vårdhandboken, 2013).

Den personcentrerade vården handlar om att behandlaren/vårdaren i grunden har ett integrerat och tydligt patientperspektiv. Behandlaren måste förflytta sig till individens ”utsiktstorn” och inte bara utgå från sitt egna professionella perspektiv. Behandlaren måste vara reflekterande och kunna hålla distans till sin egen syn på och sin egen förståelse av patienten (Ekeberg, 2015).

## Vårdrelationen

*Vårdrelationen* är viktig för att ett vårdande ska uppstå. Existerar inte en god vårdrelation mellan patient och behandlare minimeras vårdandet till att bara vara olika arbetsuppgifter som utförs. Behandlaren har ansvaret för att skapa en god vårdrelation och se till att patienten har möjlighet att vara delaktig i sin vård. Sjuksköterskan har genom sin kunskap och erfarenhet en maktposition (asymmetrisk makt) gentemot patienten, detta betyder att det är av största vikt att makten används för att på bästa sätt hjälpa och vårda patienten (Wiklund, 2003).

Sjuksköterskan har ett ansvar som professionell yrkesutövare och bör som sådan hålla i medvetande att patienten står i beroendeställning till det omhändertagande och den vård som förmedlas. Denna medvetenhet är viktig för att sjuksköterskan ska kunna eftersträva att försöka minska asymmetrin i vårdrelationen, eftersom ökad jämlikhet gör det enklare för patienten att bibehålla sin autonomi och upprätthålla sitt självbestämmande (Eide & Eide, 1997).



## Beskrivning av verksamheter som ingår i undersökningskontext

*Rehabteamet:* Rehabteamets uppdrag är att komplettera den allmänpsykiatriska öppenvården avseende rehabilitering, funktionsbedömning och aktivering. I rehabiliteringen är målet att arbeta ut mot samhället och möjliggöra för patienten att komma vidare ut i någon form av arbete eller studier. Rehabteamet samverkar med andra aktörer såsom försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetsgivare och kommun.

Rehabteamet genomför bedömning, utredning och rehabilitering i form av strukturerad gruppbehandling i funktionsförbättrande syfte samt i form av individuella stödkontakter. Patienterna i Rehabteamet får genom att delta i olika aktiviteter en ökad medvetenhet/kunskap om sina egna resurser och begränsningar. Patienterna får stöd i att bryta och/eller motverka isolering och passivitet, hjälp med struktur på vardagen samt hjälp med strategier för att kunna hantera sin tillvaro.

En rehabiliteringsplan upprättas där patienten och dennes kontaktperson tillsammans planerar rehabiliteringens upplägg. Denna utvärderas regelbundet.

*Mellanvården:* Mellanvården är en allmänpsykiatrisk öppenvårdsform som har öppet alla dagar i veckan. Mellanvården erbjuder omvårdnad, utredning och behandling i större utsträckning än öppenvårdsmottagningarna och kan bli aktuell när öppenvårdsresurserna bedöms som otillräckliga och/eller där heldygnsvårdens omhändertagande bedöms som för högt.

Patienter på mellanvården har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska samt en kontaktperson som tillsammans med patienten utformar en vårdplan för de veckor som patienten är i behandling.

Liksom på Rehabteamet erbjuder Mellanvården stöd i att bryta och/eller motverka isolering och passivitet och patienten får hjälp med strategier för att kunna hantera sin tillvaro och därmed få struktur på vardagen.

Patienterna kommer till Mellanvården efter remiss från läkare inom område allmänpsykiatri.

## Studiens betydelse

Delaktighet är en viktig grundprincip i all vård och behandling och det kan vara av värde att undersöka *om* och *hur* patienter upplever delaktighet i sin vård och behandling. Detta för att

kunna vidareutveckla vården/rehabiliteringen som ges på ett sätt så att det främjar patientdelaktighet. Patientens upplevelse av delaktighet är en förutsättning för en god och säker vård och kan i slutändan leda till en större möjlighet för patienten att uppnå sina mål och delmål i den individuella vård- eller rehabiliteringsplanen.

För sjuksköterskor är det värdefullt att få kunskap om patienters känsla av delaktighet i sin vård/rehabilitering, samt finna förutsättningar och identifiera hinder för delaktighet för att möjliggöra fortsatt utveckling av den personcentrerade vården.

## **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelse av delaktighet på en allmänpsykiatrisk enhet.

## **Metod**

### **Urval**

Målet var att intervjua fjorton patienter inskrivna på en allmänpsykiatrisk enhet i Lund. Mellanvården och Rehabteamet ligger båda under denna enhet. Inklusionskriterier för medverkan i studien var att patienterna skulle vara i behandling på Mellanvården alternativt på Rehabteamet, samt att de inte hade eller hade haft någon individuell behandlingsrelation med någon av intervjuarna. Patienterna skulle även förstå och tala svenska språket. Vårdtiden skulle heller inte understiga tre veckor, detta för att studiedeltagarna skulle hinna få en uppfattning om sin vård/rehabilitering.

På rehabteamet var ungefär sextio patienter i behandling och på Mellanvården var knappt fyrtio patienter inskrivna under de veckor som intervjuerna pågick. Av dessa cirka hundra patienter tillfrågades de som inte hade någon individuell kontakt med endera av författarna om de ville delta i studien. Patienterna tillfrågades efterhand som tillfälle gavs när författarna stötte på dem på mottagningarna, ett så kallat bekvämlighetsurval.

När fjorton patienter tackat ja till deltagande i studien och intervjuerna var genomförda, tillfrågades inga ytterligare patienter.

Förutom att tillfrågas muntligt om deltagande, fick patienterna även en skriftlig information om studiens syfte och vad deltagandet innebar. Studien fick bifall i sitt yttrande av Vårdetiska Etiknämnden vid Institutionen för Hälsovetenskaper, Lund.

## **Instrument**

Studien är empirisk och kvalitativ och bygger på intervjuer med semistrukturerade frågor med induktiv ansats. Vid induktiv ansats görs analyser med utgångspunkt från innehållet i texten på ett förutsättningslöst sätt (Henricson, 2013).

Enligt Polit och Beck (2012) kan kvalitativa intervjuer användas för att få fram specifik kunskap om exempelvis människors upplevelser, åsikter och känslor. För att få fram kunskap om patienters upplevelser av delaktighet i sin vård/rehabilitering har vi därför valt att använda oss av denna intervjumetod.

En semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor har använts och utifrån patienternas svar har följdfrågor formulerats (bil 1).

## **Datainsamling**

Patienter som kom till enheten under vecka 33-41 tillfrågades muntligt och med ett skriftligt informationsblad (bil 2), om de var intresserade av att delta i studien. Totalt tillfrågades 22 patienter om deltagande i studien. Åtta patienter avböjde till att medverka. Av återstående fjorton patienter, uteblev en patient vid två intervjutillfällen och uteslöts därför från studien. Detta resulterade i tretton genomförda intervjuer.

Datainsamlingen skedde i form av semistrukturerade intervjuer som spelades in med diktafon och varje enskild intervju tog mellan 20-40 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes i ett samtalsrum beläget utanför Mellanvårdens lokaler och pågick från den fjärde oktober till den elfte november. Informanterna som hade sin behandling på Mellanvården, intervjuades av den av författarna som arbetade på Rehabteamet och de informanter som var i behandling på Rehabteamet, intervjuades av författaren som arbetade på Mellanvården. Muntlig information om studien gavs vid intervjutillfället då även samtyckeformuläret signerades.

## **Analys av data**

Intervjuerna genomfördes i ett samtalsrum utanför Mellanvården och Rehabteamet, eftersom detta kunde anses vara en mer neutral plats för informanten. Intervjuerna spelades in med diktafon och därefter transkriberades dessa ord för ord. Meningsbärande enheter identifierades, kondenserades, kodades och kategoriserades.

Innehållsanalys användes som analysmetod för att finna likheter och skillnader och för att organisera och abstrahera data i subteman och teman (Kvale & Brinkmann, 2009; Lundman & Granheim, 2004).

För att skapa en helhetsbild lästes först de transkriberade texterna igenom enskilt av båda författarna till denna studie. Tillsammans reflekterade vi sedan kring respektive texts huvudsakliga innehåll. Vidare markerades all text som belyste studiens syfte och textstyckena fick rubriker. På detta sätt lyftes alla citat som stämde med studiens syfte fram ur textmassan och samlades under en passande rubrik, vilket gjorde materialet mer lätthanterligt. Efter detta identifierades olika kategorier som sedan kodades. Koden är den etikett som betecknar innehållet i meningsenheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). I nästa steg identifierades fenomen, som flera av de koderna vi satt kunde hänföras under (Henricsson, 2013). Det är dessa fenomen som utgör teman i resultatet.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Skriftligt tillstånd för genomförande av studien inhämtades från verksamhetschefen på den aktuella kliniken innan intervjuerna påbörjades. Forskningsetiskt viktigt är att enskilda personer eller grupper av personer inte får komma till skada och att deltagarna är informerade om att de närsomhelst och utan skäl kan avsluta sitt deltagande i studien (Polit & Beck, 2012).

Författarna till studien har beaktat att patientkategorin som ingår i studien kan vara en sårbar grupp med hänsyn till sin psykiatriska problematik. En risk som identifierats och beaktats, var att studiedeltagarna skulle kunna känna att de var i beroendeställning till intervjuerna, eftersom de var i behandling/rehabilitering under tiden intervjuerna genomfördes. För att minimera denna risk deltog inte den intervjuare som arbetar på den mottagning där patienten var i behandling/rehabilitering.

Nyttan med studien uppskattas av författarna som större än risken eftersom det är av vikt att finna information om patienters upplevelse av delaktighet i sin vård, för att kunna utveckla och främja denna aspekt inom vården.

Enligt Helsingforsdeklarationen (2013) ska patientens hälsa och vad som är det bästa för den enskilde sättas främst i enlighet med forskningsetiska regler. Dessutom ska forskaren värna om patientens konfidentialitet och integritet samt se till att deltagarna i studien är välinformerade om studiens syfte och vad deltagandet innebär gällande hur studien går till, hur data kommer att hanteras, att studien bygger på frivillighet och vilka som är ansvariga för studien. Innebörden i konfidentialitetskravet är att all information avseende studiens deltagare och personuppgifter om dessa ska behandlas och förvaras med sekretess (Olsson & Sörensen, 2011). Med tanke på detta har allt forskningsmaterial förvarats oåtkomligt för obehöriga.

Kvale och Brinkman (2009) beskriver också betydelsen av konfidentialitet i forskning och betonar vikten av att privata data som kan riskera att identifiera enskilda individer ska hanteras så att detta inte sker, detta gäller till exempel när information ska publiceras. Citat som kan härledas till enskild informant har inte publicerats. Intervjumaterialet kommer att förstöras efter examination.

## Resultat

### Introduktion

Studiens resultat redovisas under tre teman: *Faktorer som främjar delaktighet, Hindrande faktorer för delaktighet* samt *Vad patienter anser om sin delaktighet på Rehabteamet/Mellanvården*. I resultatredovisningen har citat från intervjuerna använts för att förtydliga och fördjupa den deskriptiva texten.

#### *Faktorer som främjar delaktighet*

##### Kommunikation

Det var främst två faktorer som informanterna värderade som betydelsefulla för att känna sig delaktiga i sin behandling; att få information samt att känna sig lyssnad på.

Främst önskade man att få mycket information och tydlig information, speciellt viktigt var detta när man mådde dåligt. Några informanter ansåg att det var hjälpsamt om informationen de fick gavs i både muntlig och skriftlig form. Genom personalens information får man kunskap, vilket gör det möjligt att bättre förstå vad den egna vården handlar om och då har man fått förutsättningar att vara mera delaktig i dialogen kring sin vård. En informant betonade att hen kände sig delaktig genom att få medverka i studien och framförde att hen gärna fått frågor kring delaktighet vid första mötet med vården. De forum som finns på Mellanvården framhölls av flera informanter som en värdefull kommunikationsväg. Dessa forum finns för patienter att ta upp olika funderingar och önskemål, en regelbunden tid i veckan där man kan komma med förslag som man upplevde lyssnades på. En av fördelarna som framhölls med dessa forum var att enhetschefen deltog, vilket stärkte känslan av att kunna påverka, eftersom informationen då direkt kunde lyftas ytterligare en nivå i vårdorganisationen. En informant beskrev att kommunikation är det första och det viktigaste som måste fungera för att man som patient ska kunna vara delaktig i att kunna påverka och samarbeta.

*”...kommunikationen är det första som måste fungera, det viktigaste tänker jag inom att kunna vara med att påverka, samarbeta.”*

## Autonomi

Informanterna beskrev vikten av att själva kunna påverka och utforma vården på ett sätt som passar hen. Även att veta hur planeringen ser ut framöver, att vara informerad och involverad i sin vårdplanering så att beslut inte fattas över huvudet på den enskilde var viktigt. Betoning lades på att få ha inflytande och att få vara med och bestämma och säga sin åsikt. Gemensamt beslutsfattande och samarbete kring lösningar och planer för att kunna gå vidare och nå sina mål var också en aspekt som framkom i intervjuerna. Ytterligare en åsikt som framkom var att man som patient även har ett personligt ansvar för att kunna bli delaktig i sin vård, ett exempel på detta var att fysiskt ta sig till sin behandling även när det kändes svårt. En informant uttrycker det som att delaktighet är att vilja vara med, att vara en del av vården.

*“...när det har blivit nej så har jag fått en förklaring som jag tycker har varit fullt rimlig och som jag då har accepterat, så jag tycker att dom gör ett bra jobb.”*

## Kompetens hos vårdpersonalen

Flera informanter beskriver att delaktigheten är beroende av en god allians mellan patient och behandlare. Lyhördhet för den enskildes mående och att bli bemött med respekt är återkommande faktorer av vikt hos flera. En beskrivning på en god allians är att kommunikationen fungerar, att behandlare och patient når varandra, att man inte missar varandra och att patientens behov uppmärksammas. En annan beskrivning gäller måendet hos patienten och hur viktigt det är att behandlaren är lyhörd och uppmärksammar olika faser i patientens mående för att kunna skapa utrymme för delaktighet oavsett patientens mående. Ibland kan delaktighet helt enkelt vara ett kravlöst ”varande” för patienten, antingen i en grupp eller i en annan social situation.

Att kunna förlita sig på vårdpersonalens expertis och kompetens var värdefullt för att känna delaktighet. En informant tog upp att det inte alltid är lätt att veta vad man vill eller vad som är bäst för en och att man då vill kunna förlita sig på experter, det vill säga vårdpersonal som har erfarenhet av problematiken. Ödmjukhet och ett vänligt och hjälpsamt bemötande ses av någon som viktigt för att som patient inte känna sig överkörd. Detta för att kunna ha ett gott samarbete och för att kunna föra en god dialog. Man vill bli bemött med samma typ av allvar av personalen som man upplever att personalen förväntar sig av patienten.

*”Jag behöver...personal som tar initiativ liksom och som är duktiga på att känna av sinnesstämning och sånt.”*

## Fungerande samarbete inom organisationen

Ett fungerande samarbete och en fortlöpande kommunikation mellan vårdpersonal och olika vårdinstanser som patienten har, framkommer som ett fenomen för att möjliggöra delaktighet. En beskrivning av detta är vikten av att läkarna kommunicerar medicinska aspekter med varandra så att de hela tiden vet vad den andre gör. Speciellt om patienten har flera diagnoser som inbegriper både psykiatri och somatik, är det av vikt med samarbete och samordning. Flera informanter anser att ett gott samarbete mellan öppenvård och slutenvård ger ökad delaktighet. Möjlighet att ha med sin anhörig som stöd på viktiga möten beskrevs också ge en ökad delaktighet i vården.

*”...bättre kommunikation. Inte bara mellan behandlare och patient, utan även mellan vården, inom eller mellan de här kontakterna som man har tillsammans...”*

## *Hindrande faktorer för delaktighet*

### Det egna måendet

En hindrande faktor som framkommer ur intervjumaterialet är patientens egna mående.

Flertalet informanter beskriver svårigheter att framföra egna behov och önskemål vid ett sviktande mående och ju mer man som patient sviktat, ju mer tydlighet och avlastning av ansvar anser man sig behöva av vårdpersonalen. Flera informanter beskriver det som att kommunikationen brister mer vid ett försämrat mående och att vården då riskerar att bli sämre för patienten. En informant beskriver detta som att hen inte orkar vara projektledare i sitt eget liv och samordna allt som behövs. En annan informant berättade att hens mående och det läge som hen befinner sig i utgör ett hinder för att kunna se framåt och att kunna ta nästa steg. Även en sviktande kognitiv förmåga ses som ett hinder. En informant beskriver det som att bli helt tom i huvudet och inte komma ihåg någonting. Förvirring nämns som en kognitiv faktor som blir hindrande för delaktighet. Ytterligare en beskrivning som framkommer är att låg självkänsla utgör ett hinder, att patienten känner sig i vägen eller att patientens frågor är dumma. Även läkemedelsbehandlingen som patienten eventuellt får, kan upplevas dämpa förmågan att kämpa och argumentera för sin sak. Att inte kunna formulera sig leder till en känsla av att det blir hindrande att få hjälp.

*”Mina behov och önskemål...Men det är inte alltid jag klarar att säga det rakt ut...Kommunikationen brister mycket mer då liksom...Sämre dagar så kan vården riskera att bli sämre också.”*

### Personalens bemötande

Något som framkommer ur intervjumaterialet, som hindrande för delaktighet är när man upplever auktoritär stil eller brist på respekt från personalens sida. Exempel är att man inte upplevt sig vara i centrum för vården, att man känt sig misstrodd, att personal talat och fattat beslut över huvudet på en och att personalen inte lyssnat på patienten. En informant beskriver att vårdpersonal sitter i en maktposition gentemot patienten vilket kan framkalla en känsla av maktlöshet.



Någon har även upplevt att personal vid vårdplanering redan har en färdigutgående vårdplan som man velat att patienten bara ska bekräfta, vilket skapat upplevelsen av ickedelaktighet.

*”...inom slutenvården och sådär så har jag upplevt att man, ...att man lyssnar mindre...att det fattas beslut över mitt huvud.”*

### Bristande resurser

En del av hindren som identifieras ligger på ett mer organisatoriskt plan. Dålig tillgänglighet hos behandlare och i grupper, personalbrist och att personal inte alltid har tid för den enskilde patienten. En beskrivning som framkommer är att om det inte finns någon att samarbeta med så kan man inte heller påverka eller samarbeta kring sin vård/ behandling.

*”...bristande resurser i organisationen...det är kanske för lite personal och så vidare så personalen är överarbetad och stressad...då kan ju kanske vårdpersonalen bli irriterade när de inte skulle vilja bli det och ta snabba beslut där de inte låter patienten vara delaktig och så vidare.”*

### Vad patienter anser om sin delaktighet på Rehabteamet/Mellanvården

#### Rehabteamet

Övervägande antalet informanter som var i behandling på Rehabteamet ansåg sig vara delaktiga i sin rehabilitering. Flertalet informanter sa sig också ha gjort upp en rehabiliteringsplan i samråd med sin behandlare. Förutsättningar för en god allians uppgavs vara personalens lyhördhet och tålamod likaså att personalen lyssnar på patienten och ger den information som behövs. Detta ger patienten möjlighet att framföra sina önskemål och få dem tillgodosedda. Likaså belystes viljan och ansträngningen hos personalen att hitta lösningar på problem. En informant sa att bemötandet är A och O. Ett annat fenomen som upplevdes ge en god delaktighet var samarbete och möjlighet till medbestämmande kring sin rehabilitering, vilket upplevs finnas på Rehabteamet. En faktor som framkom är att man känner sig trygg och litar på personalen.

Negativa faktorer som nämndes i intervjuerna var att det ibland kunde vara svårt att få plats i vald grupp och att gruppernas innehåll inte alltid helt matchade den enskilde patientens behov. Otillräcklig information togs upp av en enstaka informant som ett hinder.

*”...från första början jag kom dit så lyssnade dom jättenoga faktiskt...”*

## Mellanvården

Majoriteten av informanter som var i behandling på Mellanvården kände sig delaktiga i sin vård och hade en positiv upplevelse av Mellanvården. Flertalet uppgav sig vara delaktiga vid upprättande av sin vårdplan och att möjlighet till medbestämmande fanns genom att man suttit gemensamt och planerat vad den enskilde vill och ska göra.

Man upplevde att personalen var tillgänglig i hög grad vilket betydde att man som patient hade en möjlighet att göra sig hörd, att kunna prata med personal när behov fanns. En informant beskrev att hens påverkan på sin vård var större än hen någonsin haft i vården. En informant ansåg att personalen ansträngde sig för att finna lösningar på hens problem, personalens beskrevs som tillmötesgående. Personalens lyhörddhet för patienters behov och mående var en faktor som bidrog till att man kände sig delaktig i sin vård på Mellanvården. Att patientforum finns en gång i veckan beskrev en informant som ”en fantastisk möjlighet till delaktighet”, eftersom enhetschefen då är med och lyssnar på behov och önskemål hos patienter.

Att vårdplanen upprättades tidigt i behandlingen ansågs av en informant vara en nackdel eftersom personalen då inte hunnit få tillräcklig patientkännedom för att göra patienten delaktig.

*”Jag tror att jag i mångt och mycket själv fått välja vad jag vill göra och definitivt sett vad jag inte vill göra har jag kunnat säga ifrån.”*

# Diskussion

## Metoddiskussion

Med tanke på att studiens syfte var att beskriva hur patienter på en allmänpsykiatrisköppenvårdsenhet upplever sig delaktiga i sin rehabilitering/behandling, ansågs en kvalitativ metod med induktiv ansats vara bäst lämpad. Polit & Beck (2012) menar att kvalitativa intervjuer är väl lämpade för att få fram kunskap om människors upplevelser, åsikter och känslor. Semistrukturerade intervjuer valdes som datainsamlingsmetod för att få fram djupgående och fylliga svar (Kvale & Brinkman, 2009). Informanternas berättelser har således utgjort grundmaterialet för studien.

Alla informanter upplevdes vara intresserade av att delge sina upplevelser av delaktighet, vissa informanter svarade mer uttömmande på intervjufrågorna. Enligt Polit & Beck (2012) diskuteras lämpligen tillförlitligheten i en kvalitativ innehållsanalys utifrån begrepp som pålitlighet, överförbarhet, trovärdighet, något som vi tagit fasta på i vår diskussion.

*Trovärdighet:* Urvalet av studiedeltagare gjordes utifrån ett intresse att belysa hur allmänpsykiatriska patienter upplever delaktighet i sin vård/rehabilitering på en allmänpsykiatrisk enhet. Av praktiska skäl tillfrågades deltagare slumpvis efterhand som tillfälle uppstod, ett så kallat bekvämlighetsurval. Förhoppningen var även att detta skulle ge en naturlig köns- och åldersspridning. Då det var önskvärt att hälften av informanterna hade sin vård på Rehabteamet och andra hälften på Mellanvården söktes informanter, vid enstaka tillfälle, mer aktivt specifikt från Rehabteamet. Dessa patienter var av naturliga skäl svårare att få tag på eftersom de vistades under mer begränsade stunder på Rehabteamet. Då åldern inte ansågs ha betydelse för studiens syfte eller för upplevelse av delaktighet, var det inget kriterium i urvalet.

Deltagarna informerades muntligt och skriftligt om syftet med studien och att deltagandet var frivilligt innan intervjuerna genomfördes. De informerades även om att informanter med pågående behandling på Rehabteamet, skulle intervjuas av sjuksköterskan (tillika en av författarna) som arbetade på Mellanvården och att informanter med pågående behandling på Mellanvården, skulle intervjuas av sjuksköterska (tillika en av författarna) som arbetade på Rehabteamet. Trots hänsyn till detta, kan det inte uteslutas att patienterna ändå i viss mån kan ha känt sig pressade att delta i studien.

Inte heller kan det uteslutas att informanter kan ha valt att inte delge viss information av hänsyn till sig själv, personal eller andra patienter. Känslan vid intervjuerna var dock att merparten av informanterna var väldigt öppna och generösa med information. Vissa av informanterna var mer pratsamma och hade lättare att uttrycka sig än andra, vilket ledde till att intervjuaren anpassade följdfrågorna, detta kan i sin tur ha lett till viss påverkan av informantens svar. Enligt Kvale och Brinkman (2009) är det inte givet att det är de mest värtaliga informanterna som ger det mest värdefulla materialet om den aktuella forskningsfrågan. Vid andra typer av urval hade kanske andra åsikter framkommit, men i en kvalitativ intervju med ett så pass litet urval som tretton informanter kan inte alla aspekter och erfarenheter komma med (a.a.). Vår uppfattning är att vi inte fann några skillnader i svaren oavsett könstillhörighet hos informanten.

För att minska känslan av att vara i beroendeställning valdes intervjuerna att hållas på en neutral plats, ett grupprum utanför Mellanvårdens- och Rehabteamets lokaler. Att intervjuerna genomfördes av två olika personer kan vara en nackdel eftersom intervjuteknik och följdfrågor kan ha skiljt sig åt.

Studiens trovärdighet stärks av intervjuarnas förförståelse som bygger på att studiens båda författare arbetar på enheten samt har flera års erfarenhet av att ha arbetat med allmänpsykiatriska patienter inom öppenvården. Denna förförståelse har genomsyrat både intervjuerna och analysarbetet. Enligt Graneheim och Lundman (2004, 2012) påverkas studiens trovärdighet av att författarnas förförståelse formar analysen och hur författarna lyckas täcka in det samlade materialet i kategorier och subkategorier under resultatet. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon, detta skapade möjlighet att aktivt fokusera på och lyssna på informantens berättelse. Dessutom kunde båda författarna lyssna igenom materialet ett flertal gånger. På så sett kunde vi även ta del av varandras intervjumaterial på ett mer levande sätt inbegripet alla pauser, tonfall, ord och skratt. Vi valde också att tillsammans transkribera intervjuerna eftersom detta hjälpte oss att börja fundera kring kategorier och fenomen.

*Pålitlighet:* Datamaterialet analyserades först enskilt av båda författarna, detta för att stärka pålitligheten i denna process. Därefter jämfördes de separata analyserna. Tolkningarna författarna gjort visade sig vara väldigt lika, vilket ökar pålitligheten.

Meningar som innehöll relevant information för studiens syfte, så kallade meningsbärande enheter, plockades därefter ut ur textmassan. De meningsbärande enheterna kondenserades sedan och kodades. Efter diskussion, samlades de koder med liknande undermening i kategorier och subkategorier. Trovärdigheten i momentet ökar om materialet bearbetas av fler än en person. En tydlig redovisning av analysprocessen krävs för att kunna bedöma en studies pålitlighet (Kvale & Brinkman, 2009; Graneheim & Lundman, 2004). Författarnas ambition har därför varit att beskriva analysprocessen tydligt och transparent. Citat har använts för att exemplifiera vägen från rådata till resultat. Citat ger också möjlighet för läsaren att göra sin egen tolkning om rimligheten av det resultat som författarna redovisat, vilket författarna anser öka pålitligheten.

*Överförbarhet:* Författarna har svårt att värdera om studiens resultat är överförbart till andra enheter och andra patientgrupper, emellertid är upplevelsen av delaktighet en individuell känsla på samma gång som den är allmängiltig.

Med detta menar vi att känslan av att vara delaktig som begrepp inbegriper samma fenomen oavsett var man befinner sig, men däremot blir upplevelsen av att faktiskt känna sig delaktig olika beroende på i vilket kontext patienten befinner sig i.

## **Resultatdiskussion**

Begreppet delaktighet har lika men även olika betydelse för olika individer. De definitioner som angavs hos flertalet informanter var dock relativt samstämmiga sinsemellan och sammanföll även med författarnas uppfattning om vad delaktighet innebär. Författarna funderar över om just detta, att få bestämma kring den egna personen, att våga uttrycka sina åsikter och att bli lyssnad på med respekt är ett så grundläggande behov hos alla människor att begreppet delaktighet därför definieras med liknande ord av de flesta.

I studiens resultat framkommer flera viktiga faktorer som främjar att patienter känner sig mer delaktiga i sin behandling på en allmänpsykiatrisk enhet. Ett av de fynd som författarna uppfattar som viktigast är information, vilket flera av informanterna framhöll. Även Tobiano et al (2015) påvisar i sin sammanställning av åtta studier att information var den klart viktigaste faktorn för patienters känsla av delaktighet.

Informanterna poängterade att informationen behövde vara tydlig för att ge den kunskap som behövdes för att förstå den egna vården och för att därmed bli mer delaktig. Socialstyrelsen (2012) konstaterar att patienter har önskemål om att få mer information för att utöva ett större inflytande över sin vård, vilket också stödjer författarnas uppfattning.

Informanterna talar om två viktiga forum som möjliggör kommunikation mellan patient och vård. Dessa forum upplevs som positiva eftersom de är betydande informationsvägar. Även författarnas uppfattning är att dessa forum fyller en viktig funktion, dels genom att patienter känner sig lyssnade på och dels genom att de möjliggör ökat inflytande och egenmakt.

Att kunna vara med och påverka och utforma sin vård betonas i intervjuerna som en grund för delaktighet. För att detta ska kunna ske anser författarna att det krävs en fungerande kommunikation mellan patienten och vården, detta i likhet med Tobiano et al (2015) som tar upp det betydelsefulla i att få till ett fungerande informationsutbyte mellan patient och sjuksköterska. Även Sahlsten et al (2009) beskriver vikten av att sjuksköterskan hjälper patienten att hitta kunskaper och upptäckter kring sin egen kapacitet.

Antonovsky tar i sin modell KASAM upp vikten av meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet för individen och enligt honom kommer känsla av delaktighet om sammanhanget är begripligt och meningsfullt (Antonovsky, 2005).

Kompetens hos vårdpersonalen, exempelvis kunskap, erfarenhet, lyhördhet samt förmåga att skapa allians tycks ligga till grund för hur delaktig patienten känner sig.

Flertalet av de intervjuer som denna studie bygger på påvisar just detta. Att som personal kunna läsa av patientens aktuella tillstånd och mående samt agera på detta, ses av informanterna vara av stor vikt och författarna menar att oavsett var du arbetar inom vården är detta grunden för ett professionellt förhållningssätt. I ett professionellt förhållningssätt och för att skapa en god allians ingår också ödmjukhet, respekt, vänlighet och ett hjälpsamt bemötande. Värdet av en relation byggd på ömsesidig tillit och respekt mellan behandlare och patient betonas även av Sahlsten et al (2009). I den personcentrerade vården handlar det om att som professionell ha ett tydligt patientperspektiv (Ekeberg, 2015). I motsats till detta framkom vid intervjuerna att en auktoritär stil hos personalen, att inte känna sig i centrum för sin vård, att känna sig misstrodd av personal och att inte känna sig delaktig i sin vårdplan ingav en känsla av minskad delaktighet.

Flera av de lagar som ligger till grund för sjuksköterskans arbete reglerar och beskriver patientens rätt till delaktighet, inflytande och självbestämmande i sin vård, varför det är viktigt att ge sjuksköterskan tid för reflektion kring detta begrepp.

Larsson et al (2011) konstaterar att hinder för delaktighet kan ligga på organisationsnivå. Även förmyndarattityd och avsaknad av empati från vårdpersonalens sida påvisas som hinder, vilket också bekräftas i föreliggande studie. På ett organisatoriskt plan anger informanterna resursbrist, dålig tillgänglighet hos behandlare och att personal inte har tid för den enskilde som hindrande för delaktighet. Författarnas bedömning är att detta speglar verkligheten, då stress och brist på personal ofta upplevs leda till att vårdpersonal tar över och inte ger utrymme för patienten att uttrycka sina behov och önskemål. Ibland kan resursbrist även leda till inställda grupper och samtal. Dock framkom i intervjuerna inte någon specifik upplevelse av vare sig resursbrist eller att personalbrist på Rehabteamet eller Mellanvården, vilket får anses som ett gott betyg för dessa verksamheter.

Ett ökat samarbete och samordning mellan öppenvård och slutenvård samt mellan den psykiatriska och somatiska sjukvården togs upp som ett fenomen för ökad patientdelaktighet. Författarna tänker att detta beror på att en god patientkänedom hos olika vårdgivare skapar trygghet för patienten och därmed avlastar patienten. Att ha stöd av anhörig på olika möten i vården är något som framhålls som hjälpsamt för ökad delaktighet. Stöd av anhörig som känner patienten väl är ytterligare en komponent för att patienten ska känna sig trygg vilket möjliggör för patienten att ta plats och känna en ökad delaktighet.

En stor hindrande faktor för att känna delaktighet i sin vård som framkommer i resultatet i föreliggande studie, är det egna måendet. Vid ett sviktande mående är det som patient svårt att framföra behov och önskemål. Låg självkänsla togs upp som ytterligare en faktor relaterat till det egna måendet, likaså en sviktande kognitiv förmåga, vilka båda kan innebära att patienten inte kan eller vågar uttrycka sig. Enligt författarna är det då viktigt att som personal avlasta patienten, så att patienten kan känna delaktighet även om funktionsnivån tillfälligt är lägre. Viktigt är dock att vara lyhörd så att man som personal inte kör över patienten eftersom risken finns att det uppstår en maktförskjutning till patientens nackdel, något som även Wiklund (2003) tar upp.

Att som sjuksköterska vara uppmärksam på att patienten står i beroendeställning till det omhändertagande som förmedlas av personal och att försöka minska denna asymmetri i vårdrelationen för att på så sätt hjälpa patienten att bibehålla sin autonomi är något som även poängteras av Eide och Eide (1997). Sjuksköterskan är expert på omvårdnad men patienten är ju fortfarande expert på sig själv.

Informanterna i studien har sin behandling på antingen Rehabteamet eller Mellanvården som ingår i samma enhet. Av intresse var därför att specifikt fråga kring patienternas känsla av delaktighet på just denna enhet. Resultatet var övervägande positivt. Under intervjuerna framkom att de intervjuade patienterna på enheten upplevde att de fick ett gott bemötande. Informanterna tog upp att det fanns en vilja och en flexibilitet i att hitta lösningar på hans problem. Delaktigheten upplevdes också stor då man hade fått vara med och göra upp den egna rehab- eller vårdplanen, detta eftersom den gemensamma planeringen gav möjlighet till medbestämmande.

Sahlsten et al (2009) betonar värdet av en relation byggd med ömsesidig tillit och respekt mellan behandlare och patient, detta är en aspekt för att möjliggöra delaktighet som även framkommer i studien relaterat till allians.

Informanterna beskriver att de känner sig trygga och att de litar på personalen på enheten. Information är som författarna tidigare nämnt en viktig faktor för att känna delaktighet. I studien framhölls denna av enstaka informant som otillräcklig. En reflektion kring detta är att det kan bero på missförstånd och kommunikationsbrist som kanske kunde undvikits om information upprepats och getts både muntligt och skriftligt. Att få information både muntligt och skriftligt är något som betonas som hjälpsamt av flera informanter i studien, speciellt då det psykiska måendet kan begränsa patientens förmåga att tillgodogöra sig informationen i stunden.

Författarna tänker att delgivande av information är ett så viktigt område att det kontinuerligt behöver utvecklas och förbättras inom vården och det gäller att som vårdpersonal ha detta i åtanke i mötet med patienten.



## Konklusion och implikationer

Att känna sig delaktig som patient är grundläggande i den personcentrerade vården och till viss del ett outforskat område inom allmänpsykiatri. Studien lyfter fram målgruppens syn på delaktighet och det framkom hur viktigt det var för patienterna att känna delaktighet i sin vård. För att öka patientdelaktigheten är det viktigt att fånga in främjande och hindrande faktorer baserat på vad målgruppen har att säga.

Information som är anpassad för individen speciellt med hänsyn till måendet anses vara en av de viktigaste faktorerna för delaktighet. Det är sjuksköterskans uppgift att bidra till denna kunskap. En god allians mellan patient och behandlare skapar förutsättning för ökad delaktighet. Den största hindrande omständigheten för delaktighet tycks vara det egna måendet hos patienten. En slutsats vi kan dra är att upplevelsen av delaktighet i vården/rehabiliteringen på den undersökta enheten uppfattas som god. Redan under intervjutillfället togs det upp av en informant att hen kände sig delaktig bara genom att hen fick delge sina åsikter kring begreppet. Kanske kan man som personal använda sig av denna kunskap och redan vid första mötet med patienten ställa frågan till patienten; Vad får dig att känna dig delaktig i din vård?

Vidare forskning kring begreppet delaktighet inom psykiatri vore önskvärt eftersom patienter inom detta område kan ha svårigheter som skiljer sig från patienter inom den somatiska vården. Med den personcentrerade vården som grund bör det vara patientperspektivet som är i fokus för framtida forskning.

## Referenser

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2:a uppl). Natur och Kultur
- Ekeberg, M. (2015). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. Wiklund Gustin, L. & Bergbom, L. (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.487-502). Studentlitteratur.
- Eide, H. & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2013). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur
- 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; 575-582.
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2): 105-12.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.187-201). (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur
- Nationalencyklopedin (2010). *Delaktighet*. Hämtad den 23 december 2017, från: [http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/delaktighet?i\\_h\\_word=delaktighet](http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/delaktighet?i_h_word=delaktighet)
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (Uppl. 3). Liber
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9. ed). Philadelphia: Wollters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Willkins.
- Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B. & Plos, K. A. E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 23: 490-497. SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen (2012). *Shared decision making – en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Hämtad den 16 september 2016, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18776/2012-6-52.pdf>
- Socialstyrelsen (2014). *Din skyldighet att göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 23 december, 2016, från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>
- Socialstyrelsen (2015). *Om vård- och omsorgstagares delaktighet*. Hämtad den 10 april 2016, från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19469/2014-6-18.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening (2010a). *Svensk Sjuksköterskeförening om: Personcentrerad vård*. Hämtad 11 mars, 2016 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk->

sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/ssf-om-  
publikationer/svensk\_sjuuskoterskeforening\_om\_personcentrerad\_vard\_oktober\_2016.pdf

Svensk Sjuusköterskeförening (2010b). *Svensk Sjuusköterskeförening om: värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 13 dec, 2016 från: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Svensk Sjuusköterskeförening (2010c). *Svensk Sjuusköterskeförenings strategi om utbildningsfrågor*. Hämtad 27 dec, 2016 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/utbildning-publikationer/strategi.for.utbildnfragor.pdf>

Svensk Sjuusköterskeförening (2014). *ICN:s Etiska kod för sjuusköterskor*. Hämtad 13 dec, 2016 från: [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/etik-publikationer/sjuuskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuuskoterskeforening/publikationer-svensk-sjuuskoterskeforening/etik-publikationer/sjuuskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Statens beredning för medicinsk och social utredning (2013). *Patienter måste få delta*. Hämtad 11 mars, 2016 från: <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/patienter-maste-fa-delta/>

Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T. & Chaboyer, W. (2015). Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 52: 1107-1120.

Vårdhandboken. (2013). *Personcentrerad vård*. Hämtad 10 april 2016, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF (short version ed.)*. Geneva: World Health Organisation.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

*Bilaga 1 (1)* **Intervjuguide: Patienters upplevelser av delaktighet i vården**

1. Berätta vad delaktighet innebär för dig?
2. Hur upplever du din delaktighet i din vård/rehabilitering på rehabteamet?
3. Vilka faktorer får dig att känna dig delaktig i din vård/rehabilitering?
4. Vilka faktorer hindrar dig att känna dig delaktig i din vård/rehabilitering?
5. Har du några förslag på vad rehabteamets/mellanvårdens personal skulle kunna göra för att få dig att känna dig mer delaktig i din vård/rehabilitering?
6. Är det något du vill tillägga?

### INFORMATIONSBREV TILL STUDIEDELTAGARE

Patienters upplevelse av delaktighet i vården: En intervjustudie på en allmänpsykiatrisk enhet.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Som patient ska du stå i centrum för den sjukvård som bedrivs. Denna studie syftar till att öka förståelsen kring patienters upplevelser av delaktighet i sin vård/ rehabilitering. Vi vill veta hur du som patient har upplevt din möjlighet till delaktighet i din vård/rehabilitering för att få underlag till förbättringsarbete. Studien genomförs med verksamhetschefens godkännande. Vi som genomför studien och intervjun, är legitimerade sjuksköterskor som studerar specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatrisk vård vid Lunds universitet.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig med frågor som berör din delaktighet i din behandling på Mellanvården/Rehabteamet. Intervjun som genomförs i Mellanvården/Rehabteamets lokaler beräknas ta cirka 35 minuter och genomförs av en legitimerad sjuksköterska.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och skicka tillbaka den i bifogat svarskuvert/lämnas till sekreterare på Rehabteamet senast den 9 september.

Den intervju som du deltar i kommer att skrivas ned ordagrant, efteråt kommer ljudfilen att raderas. Allt material från intervjun kommer att avidentifieras och kodas, så att svaren inte kan kopplas ihop med dig som person. Vidare kommer dina svar att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dina uppgifter. Det insamlade materialet kommer bara att användas i denna studie.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning psykiatrisk vård.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

*Ulrika Förander*  
*Leg. Sjuksköterska*  
*Studerande på specialistsjuksköterskeprogrammet*  
e-post: [ulrika.forander.590@student.lu.se](mailto:ulrika.forander.590@student.lu.se)

*Christina Grip*  
*Leg. Sjuksköterska*  
*Studerande specialistsjuksköterskeprogrammet*  
e-post:  
[christina.grip.607@student.lu.se](mailto:christina.grip.607@student.lu.se)

Handledare  
*Marie Cedereke*  
*Universitetslektor Lunds universitet*  
Tfn: 046/2221883  
e-post: [marie.cedereke@med.lu.se](mailto:marie.cedereke@med.lu.se)

## Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om: *Patienters upplevelse av delaktighet i vården: En intervjustudie på ett allmänpsykiatriskt rehabiliteringsteam.*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

*Underskrift av studiedeltagare*

---

Ort, datum

---

Underskrift

---

Telefonnummer

*Underskrift av student*

---

Ort, datum

---

Underskrift

---

Telefonnummer