



Jag ska klara mig när jag kommer hem också
Patientens delaktighet vid vård- och omsorgsplanering

En litteraturbaserad studie

I still have to manage when I get home
Patient participation in health care planning

A literature based study

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin 2015

Författare: Gustavsson, Carina
Hult, Karin

SAMMANFATTNING

Titel:	Jag ska klara mig när jag kommer hem också.
Författare:	Gustavsson, Carina; Hult, Karin
Institution:	Intuitionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/Kurs:	Examensarbete i omvårdnad, Grundnivå Om625g, 15 hp.
Handledare:	Klaeson Kicki
Examinator:	Hammarlund, Kina
Sidor:	22
Nyckelord:	Vårdplanering, delaktighet, erfarenhet, patient, närstående

Bakgrund: Då vårdtiderna är kortare ställs det krav på samordnad vård- och omsorgplanering (svpl) för att patient och närstående ska känna sig trygga och säkra vid utskrivning. En god planering där alla upplever sig vara delaktiga minskar patient och närståendes oro. **Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva hur patient och närstående upplever sin delaktighet vid svpl. **Metod:** Studien är en litteraturoversikt som är baserad på både kvalitativa och kvantitativa artiklar. **Resultat:** Tre huvudtema framkom *Dialog som främjar delaktighet, Förmedla hälsoproblem och delta i sin planering av fortsatt vård och Att uppleva delaktighet vid överlämnande till annan vårdgivare*. Resultatet visade att kommunikation hade stor betydelse för att uppleva delaktighet, ett område där det finns utvecklingspotential och som ligger i linje med personcentrerad vård. Genom att använda andra arbetsmetoder än vad som görs idag gavs möjligheten till ökad delaktighet. **Slutsats:** Upplevelsen av delaktighet är starkt kopplat till att patienten upplevde sig informerad samt att hen uppfattades som expert på sitt eget tillstånd. Patient och närstående kände sig informerade och upplevde sig ha kunskap när det var ett gott samspel mellan patient och vårdpersonal.

ABSTRACT

Title: I still have to manage when I get home
Author: Gustavsson, Carina; Hult, Karin
Department: School of Life Sciences, University of Skövde
Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor: Klaeson Kicki
Examiner: Hammarlund, Kina
Pages: 22
Keywords: Careplaning, participation, experience, patient, next of kind

Background: When the waiting periods in health care are shortened, there is need for a coordinated healthcare plan to make the patient and family feel safe and secure at discharge. A good plan where all concerned feel involved decreases the patient and families anxieties. **Aim:** The aim of this study was to describe how the patient and related experience their participation in a coordinated healthcare plan. **Method:** The study is a literary survey based on both qualitative and quantitative articles. **Results:** Three main theme emerged, *Dialogue that promotes participation, Convey health problems and participate in their planning of continuing care and Experiencing involvement in transfer to another health care provider.* The result show that communication where very important to feel participation, an area where there is potential for development and is in line with person-centered care. By choosing different work methods than are used today the possibility for increased participation is given. **Conclusion:** The experience of participation are strongly connected with the patients feelings of being informed and that he or she is perceived as an expert of his or her own condition. The patient and family felt informed and knowledgeable when there was a good interaction between them and the health personnel.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Samordnad vård- och omsorgsplanering (svpl).....	1
Delaktighet ur ett patientperspektiv	2
Organisationsteori/verksamhetsidé.....	3
Offensiv verksamhetsutveckling.....	3
Omvårdnadsteoretiskt perspektiv	4
Subjektiv kropp och livsvärld.....	4
Hälsa, lidande och välbefinnande.....	4
Personcentrerad vård	5
Salutogent förhållningssätt	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Analys.....	8
Etiska övervägande.....	8
RESULTAT	9
Dialog som främjar delaktighet.....	9
Förmedla hälsoproblem och delta i sin planering av fortsatt vård.....	10
Att uppleva delaktighet vid överlämnande till annan vårdgivare	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion	14
Konklusion.....	18
Kliniska implikationer och förslag på fortsatt forskning.....	18
REFERENSER	19
 BILAGOR	
1. Sökordsöversikt	
2. Översikt av valda artiklar och tema	
3. Artikelöversikt	

INLEDNING

Kortare vårdtider ställer krav på en väl genomförd samordnad vård- och omsorgsplanering (svpl) för att patientens behov ska kunna tillgodoses efter utskrivning från sjukhus. För att det ska fungera krävs kommunikation. Det krävs också att en svpl betraktas från olika synvinklar, som till exempel att patienten blir sedd som en person och inte bara som en person med en sjukdom. Patienten och närstående ska uppleva att de har kunskap om situationen snarare än att uppleva sig informerade om patientens tillstånd från vårdpersonal. När hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap om vad som gör en patient delaktig, som exempel att patienten äger kunskapen om sin kropp, sina symtom och sin hälsa ges patienten större möjlighet att vara delaktig i vårdplaneringsprocessen. Svpl är till för att säkra den enskildes rätt till trygghet, delaktighet och inflytande efter en sjukhusvistelse.

Vi författare arbetar båda med avvikelser som upptäckts i kommun eller på sjukhus. Flera avvikelser handlar om brister som upptäcks i hemmet efter genomförd samordnad vård- och omsorgsplanering trots att det finns information att patienten varit delaktig vid planeringen. Denna studie syftar till att genom litteraturoversikt beskriva hur patient och närstående upplever sig delaktiga i samband med planeringen inför hemgång från sjukhus.

BAKGRUND

Samordnad vård- och omsorgsplanering (svpl)

Enligt Rydeman, Törnqvist, Agreus och Dahlberg (2012) framkommer det att önskan om att komma hem efter sjukhusvård är stor men att patienten ofta upplever en osäkerhet inför framtiden. Även sjukdom kan göra meningen med själva livet osäkert. Målet med svpl är att vara en hälsofrämjande bro mellan sjukhus och patientens hem samt att stödja patient och närstående för att motverka problem efter utskrivning. Planeringen ses som en integrerad del av hälso- och sjukvården (Bergmark, Parker & Thorslund, 2000; Rydeman et al., 2012). En god planering kan minska antalet oplanerade återinläggningar liksom komplikationer i eftervården (Bauer, Fitzgerald, Haesler & Manfrin, 2009).

Palm (2015) skriver att samordnad vårdplanering utmärks av att hänsyn tas till patientens behov av omvårdnad och att samarbete ska vara etablerat med andra vårdgivare och andra organisationer för att främja god vård. En framgångsrik planering minskar oro inför hemgång samt ökar patient och närståendes tillfredsställelse som därmed känner sig sedda, jämlika och trygga inför hemgång (Rydeman et al., 2012). Ett multiprofessionellt synsätt där patient och närstående involveras så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet möjliggör en effektiv samordnad vård- och omsorgsplanering (Bauer et al., 2009).

Svpl involverar flera olika parter, bland annat sjukhusvård, kommun och primärvård. Processen regleras av regler och riktlinjer och fokus är på patienten och patientsäkerheten. En svpl kan genomföras med eller utan IT-stöd som till exempel videomöten. Gemensamt för svpl, oavsett om den genomförs med IT-stöd eller inte, är att representanter, från de verksamheter som svarar för utförandet av de åtgärder som beslutats att patienten bör ha under vårdplaneringsmötet, är involverade. En patient får aldrig bli lidande av oenighet mellan huvudmännen, patienten ska erhålla vårdinsatser som bedöms vara nödvändiga. Kontinuitet för patienten är ett ledord vid planeringen. Både landsting och kommun har

ansvar för att patientnyttan alltid ska vara vägledande när det gäller vården av den enskilde (SOSFS 2005:27).

Delaktighet ur ett patientperspektiv

Redan 2009 betonar Socialstyrelsen i Hälso- och sjukvårdsrapport (2009) att patienten måste bli mer delaktig i sin egen vård. Den 1 januari 2015 trädde den nya Patientlagen (SFS 2014:821) i kraft för att stärka och tydliggöra patientens ställning. Enligt kap 5 i SFS 2014:821 ställs skarpare krav på exempelvis att patienten ska ha möjlighet att vara delaktig i sin egen vård och behandling och att få information som är anpassad individuellt. Patientlagen reglerar vad som gäller ur ett patientperspektiv och vårdgivarens ansvar förtydligas. Den säger att vården ska utformas och genomföras i samråd med patienten, att hänsyn ska tas till patientens önskemål och förutsättningar. Närstående ska ges möjlighet att medverka om lämplighet, sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

Sahlsten, Sjöström och Plos (2009) menar att delaktighet skapas genom att patient och hälso- och sjukvårdspersonal har en etablerad relation samt ett aktivt engagemang. I det personliga mötet mellan patient och personal delas information med varandra. Eldh, Ekman, och Ehnfors (2010) säger att en viktig del av begreppet delaktighet är att patienten är expert och äger kunskap om sin kropp, sina symtom och sin hälsa. Patienten uppfattar delaktighet som att ha kunskap, snarare än att vara informerad om sitt tillstånd. När patient och personal delar kunskap mellan varandra beaktas kunskap från olika synvinklar och patienten får större möjlighet att vara delaktig (a.a.). Genom delaktighet kan vården få en djupare och mer nyanserad bild av patientens krav på vård och stöd. Det handlar om att få till ett samspel mellan personal och patient där bådas kunskaper tas till vara. Att förstå den aktuella situationen och ha förståelse för vad patienten uttrycker kräver goda etiska, vårdvetenskapliga och i förekommande fall även medicinska kunskaper (Dahlberg & Segesten, 2010). Den samordnade vård- och omsorgsplaneringen anses även vara ett redskap för att öka och tydliggöra patientens delaktighet i sin egen vård (Efrainsson, Sandman, Hydén & Rasmussen, 2006).

Patientperspektivet är ett redskap för att stärka patientens hälsoprocess. I perspektivet är patienten medelpunkten för vårdandet och det är av vikt att utgå från patientens egna upplevelser. Patienten ska ses som expert på sig själv även om patienten inte har den medicinska kunskapen vilket vårdpersonalen står för. Målet med vårdandet är att stödja och stärka patientens hälsoprocess och genom att se vårdandet ur patientens perspektiv kan detta lättare uppnås. Att göra närstående delaktiga vid långvarig sjukdom kan vara en avgörande faktor för patientens möjlighet att bevara eller återvinna hälsa och välbefinnande. Den närstående kan vara en viktig person för många då människor är beroende av ett samspel med andra. Vid sjukdom kan den närstående vara den som utgör stabilitet, bidrar med sammanhang och mening som ökar välbefinnandet för patienten (Dahlberg et al., 2010). När patient och närstående involveras tidigt i vårdprocessen ses patient och närstående som en part i vårdteamet och får tillsammans med personal en gemensam utgångspunkt för den fortsatta vården (Ulin, Olsson, Wolf & Ekman, 2015). För att patient och närstående ska känna sig delaktiga i vårdplaneringsprocessen är det viktigt att se behovet av fortsatt vård i sitt sammanhang. Det krävs att kommunikation betraktats från olika synvinklar för att den fortsatta vården ska fungera. När hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap om vad som gör

en patient delaktig får patienten större möjlighet att vara delaktig i vårdplaneringsprocessen (Eldh, 2006).

Socialstyrelsens termbank¹ ger informationen att närstående är en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till. Det står också att termerna anhörig och närstående inte alltid används konsekvent i lagtexter och att med anhörig avses person inom familjen eller de närmaste släktingarna.

Organisationsteori/verksamhetsidé

Ordet teori kommer från grekiskans *theoria* som betyder att titta på, vara medveten om, åskåda. Organisationsteorin ses som ett verktyg som hjälper till att förstå och agera i den värld vi lever i. Mänsklig interaktion kan beskrivas utifrån olika psykologiska inriktningar som kognitiv psykologi, humanistisk psykologi, psykoanalys eller sociala perspektiv (Stacey, 2002).

Det finns många sätt att beskriva systemsyn. Ett av dessa är System Dynamics som används inom lärande organisationer. System Dynamics använder sig av både linjära och icke-linjära orsakssamband och beskriver cykliska loopar som påverkar varandra. Feedback looparna kan vara både positiva och negativa vilket omöjliggör förutsägbarhet. Det är svårt att förutsäga vilka förändringar som systemet är känsligt för och kan här jämföras med policys eller mål. Systemet säger att människan bara kan förstå och lära genom att studera vad de gjort. Det finns fem delar i lärande organisation som är nödvändiga för att skapa genuint lärande: systemtänk, personlig drivkraft, mentala modeller, delad vision och lärande i team (a.a.)

Offensiv verksamhetsutveckling

Att omsätta organisationsteori i verksamheten kan göras på många sätt där en av dessa är offensiv verksamhetsutveckling. Med offensiv menas att aktivt förebygga, förändra och förbättra och verksamhetsutveckling beskriver ett ständigt pågående arbete att utveckla verksamheten, både dess processer samt de människor som arbetar i dessa. Kunden sätts alltid i centrum och med kund menas i vår studie patient, närstående, personal i nästa steg i kedjan. Organisationens främsta syfte är att skapa värde för kunden, att lindra, bota och trösta men också att stärka hälsa och läkning vilket kräver att förstå kundens behov förväntningar på djupet. Beslut som fattas baseras på fakta vilket innebär god kunskap om processen, dess kunder och behov. Processerna förbättras ständigt och problem identifieras och åtgärdas och nya arbetssätt utvecklas. Delaktighet och engagemang åstadkoms genom delegering av ansvar och befogenhet. I den offensiva verksamhetsutvecklingen har ledningen ett ständigt och helhjärtat engagemang i verksamheten och skapar förutsättningar för ständiga förbättringar. Med att skapa helhetsbild avses förmågan att se helheten och hur delar påverkar varandra. Patienten är inte bara sin sjukdom och sjuksättet arbetar för att förstå hela

¹ Socialstyrelsen ansvarar för samordning av terminologin inom fackområdet vård och omsorg, som innefattar hälso- och sjukvård och socialtjänst. Arbetet är en del i Nationell eHälsa. Socialstyrelsens termbank innehåller begrepp som analyserats enligt terminologilärans metoder och principer i samarbete mellan terminologi och sakkunniga.

patienten, dess resa genom vården både inom Skaraborgs sjukhus, SkaS, men även externt (Lifvergren, 2008 a).

Omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Subjektiv kropp och livsvärld

Dahlberg och Segersten, (2010) beskriver kroppen som subjektiv och utgörs av en fysisk, psykisk, existentiell och andlig enhet. Människan är sin kropp fylld av individuella upplevelser, erfarenheter, minnen, tankar, känslor och visdom och då kroppen förändras påverkas livet på ett eller annat sätt. För att hälso- och sjukvårdspersonal på ett individuellt sätt ska kunna stödja patienten med sjukdom mot bättre hälsa bör personal ha viljan att förstå hur personen upplever att sjukdom påverkar livet. Varje människa beaktas som en unik individ med egna upplevelser.

Livsvärld är den värld varje människa har runt omkring sig med upplevelser, erfarenheter och känslor kring det egna livet. Livsvärldsperspektivet innebär att alla erfarenheter i livet lagras och bearbetas, vilket samtidigt leder till förändring som blir en tillgång till världen och livet. Förändringar blir särskilt tydliga när en människa drabbas av svår sjukdom, skada eller lidande som exempelvis ångest, ångslan eller rädsla. Kroppen är inte enbart en kropp, den är samtidigt liv och existens. Det är i livsvärldens sammanhang, tillsammans med andra, som all mening och all innebörd uppstår (Dahlberg, 2014). Att drabbas av sjukdom som ger en förändring av kroppen innebär att livsvärlden förändras. Livsvärlden är unik för varje människa och har sin ursprungspunkt i vardagen där den samtidigt delas med andra. Det är genom livsvärlden människan erfar hälsa, välbefinnande, lidande och sjukdom (Dahlberg & Segersten, 2010).

Hälsa, lidande och välbefinnande

Hälsa är något som ska ses och förstås som en del av själva livet, det mänskliga livet. Hälsan har ingen betydelse om inte livet har en mening och hör tätt samman med människans kropp, själ och ande (Eriksson, 1989). En människa som inte upplever sammanhang och mening med livet kan förmodligen inte heller uppleva hälsa. Hälsa är hela tiden i rörelse utifrån hur människan mår och inte ett statiskt tillstånd. Upplevelsen av mening och sammanhang kan ändra sig när individer drabbas av sjukdom och lidande (Dahlberg & Segersten, 2010). Genom att i tillvaron uppleva meningsfullhet och att den präglas av ett sammanhang är det lättare att kämpa mot ohälsa (Dahlberg, 2014).

Lidande är en del av mänskligt liv, lidandet i sig har ingen mening och är av ondo men livets och lidandets mening förefaller höra samman. Utan lidandet skulle livet vara tomt, i lidandet finns sorgen kanske över vad som gått förlorat eller det som håller på att gå förlorat. Ett lidande kan också vara upplevelse av att inte bli tagen på allvar eller att inte bli sedd av andra, något som kan orsaka ett outhärdligt lidande. Det är viktigt att sjuksköterskor ser och bekräftar patienten och dennes lidande (Eriksson, 1994). Att lindra en patientens lidande kan innebära att sjuksköterskan träder in och hjälper patienten att möta lidandet. Genom att förklara och informera om hälsosituationen kan meningsfullhet skapas och lidandet minska. När patienter når en försoning i sitt lidande blir det som att hitta en mening där något nytt kan skapas och lidandet får trots allt en mening. Det viktigaste med lidandet i vården är att

våga möta det. En god vård, som är etisk och som strävar mot att minska lidande, har sin grund i kärlek till och ansvar för den andre (Eriksson, 1994).

Välbefinnande beskrivs ofta tillsammans med begreppet hälsa. Dahlberg et al. (2010) skriver att upplevelser av hälsa på ett djupgående sätt är sammanflätad med andra upplevelser av existens vilket innebär att hälsa leder till en generell upplevelse av välbefinnande. Existentiella frågor berör hälsa och att även en person med allvarlig sjukdom kan finna stunder där personen kan må gott och därmed uppleva välbefinnande. När människan behöver hjälp med sin hälsa som är störd av sjukdom eller illabefinnande är det vårdarens uppgift att stödja och stärka hälsoprocessen. Målet med god omvårdad är att främja hälsa och välbefinnande (a.a.).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just den enskilde personen. En personcentrerad vård innebär också att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet. Personcentrerad vård ser personen som en del i ett socialt sammanhang med närstående eller andra viktiga personer. Det sociala nätverket påverkar personens bild av sig själv samt upplevelsen av hälsa och ohälsa. Personcentrerad vård innebär en humanistisk och god vård och ska syfta till att främja hälsa definierad av den enskilda patienten (Ekman, 2014).

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2010) är personcentrerad vård ett av de kompetensområden som legitimerade sjuksköterskor ska ha djupare kunskap om. Att jobba personcentrerat som sjuksköterska innebär att lägga stor vikt vid patientens expertis om den egna personen och därmed värdera personens behov i samma utsträckning som de behov som sjukvården identifierar. Sjuksköterskan ansvarar för att lyfta och föra fram personens perspektiv. För att detta ska vara möjligt krävs det att sjuksköterskan har god kunskap om patienten och dennes person. Det krävs också en värdegrund på arbetsplatsen som ger förutsättningar för förändring på både personligt och organisatoriskt plan. Personcentrering handlar om att hälsa identifieras av den enskilda individen och vårdens uppgift är att hjälpa personen att åstadkomma hälsa (a.a.).

Salutogent förhållningssätt

Det salutogena perspektivet på hälsa som innebär att hålla det friska friskt, har sitt ursprung hos den medicinske sociologen Aron Antonovsky. Efter att ha forskat på hälsa och dess ursprung arbetade han fram en teoretisk modell av de faktorer som påverkar hälsa. Modellen visar på människors förmåga att klara påfrestningar utan att utveckla sjukdom och andra hälsobrister (Nilsson, 2002). Hälsans ursprung beskrivs med begreppet KASAM (känsla av sammanhang) och innefattas av att kunna se sin omvärld och sin situation och att situationen trots allt är meningsfull även om den inte går att påverka (Antonovsky, 2005). Ett hoppfullt förhållningssätt påverkar människan att förmå upprätta hälsa vilket är en stark drivkraft att klara sin vardag hemma (Nilsson, 2002). Upplevelsen av delaktighet antas i hög grad hänga samman med meningsfullhet (Antonovsky, 2005).

Meningsfullhet benämner Antonovsky som begreppets motivationskomponent, något som gör människan motiverad att investera personligt och känslomässigt engagemang i livet. Människor med känsla av meningsfullhet i Det salutogena perspektivet på hälsa som innebär att hålla det friska friskt, har sitt ursprung hos den medicinske sociologen Aron Antonovsky. Efter att ha forskat på hälsa och dess ursprung arbetade han fram en teoretisk modell av de faktorer som påverkar hälsa. Modellen visar på människors förmåga att klara påfrestningar utan att utveckla sjukdom och andra hälsobrister (Nilsson, 2002). Hälsans ursprung beskrivs med begreppet KASAM (känsla av sammanhang) och innefattas av att kunna se sin omvärld och sin situation och att situationen trots allt är meningsfull även om den inte går att påverka (Antonovsky, 2005). Ett hoppfullt förhållningssätt påverkar människan att förmå upprätta hälsa vilket är en stark drivkraft att klara sin vardag hemma (Nilsson, 2002). Upplevelsen av delaktighet antas i hög grad hänga samman med meningsfullhet (Antonovsky, 2005).

Meningsfullhet benämner Antonovsky som begreppets motivationskomponent, något som gör människan motiverad att investera personligt och känslomässigt engagemang i livet. Människor med känsla av meningsfullhet upplever att det finns en mening även med lidande och sjukdom. En människa som möter stress och traumatiska händelser förmår hålla samman verkligheten till en meningsfull helhet när människan har en känsla av begriplighet (Kallenberg & Larsson 2006). Hälsa handlar inte bara om medicinska perspektiv. När olika vårdgivare är öppna för att tillsammans öka patientens inflytande och lyfter fram sociala situationer ges patienten en möjlighet att påverka sin hälsa (Nilsson, 2002).

PROBLEMFORMULERING

Varje dag skrivs patienter ut från svenska sjukhus med fortsatt vård och omsorgs behov. För att säkerställa fortsatta vård- och omsorgsbehov för patient efter sjukhusvistelsen planeras insatser från primärvård, kommun och närstående med svpl. För att kunna vara delaktig i hur de fortsatta insatserna ska utformas är det av största vikt att patient och närstående ges möjlighet att vara aktiva och deltagande i mötet. Patientlagen som trädde i kraft januari 2015 uppmanar till delaktighet, där hänsyn ska tas till den enskildes önskemål och att främja patientens integritet, självbestämmande och förutsättningar. I och med den nya patientlagen behöver personal inom de olika organisationerna ökad kunskap om hur patienten kan göras delaktig i samordnad vård- och omsorgsplanering.

SYFTE

Denna studie syftar till att beskriva hur patient och närstående upplever sin delaktighet vid samordnad vård- och omsorgsplanering.

METOD

Som metod har valts att göra en litteraturoversikt enligt Friberg (2012). Genom litteraturoversikten överblickas kunskapsområdet och ny kunskap skapas inom det valda

problemet med grund i litteraturen (a.a.). Kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar har studerats som handlar om delaktighet vid vårdplanering. Friberg (2012) menar att kvalitativa studier har betydelse för det praktiska vårdarbetet till exempel i form av utveckling av en bättre förståelse för patienters upplevelser. Vidare menar Friberg att varje enskild studie baserad på kvalitativ forskning bidrar med kunskap, men om flera studiers resultat sammanställs kan ett högre kunskaps värde uppnås. En kvantitativ studie mynnar ut i någon form av rekommendation eller bevisning för hur den aktuella vårdåtgården ska utformas.

Urval

Inklusionskriterier var originalartiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter där publiceringstypen var ”*Research*”. Artiklarna skulle beröra patienters delaktighet vid samordnad vård- och omsorgsplanering för att öka patientens trygghet. Artiklar på svenska, engelska och norska publicerade efter år 2005 inkluderades. Artiklar benämnda ”*review*” inkluderades inte. Avgränsningar var: Publiceringsdatum: 20050101 - 20150630; Peer Reviewed; Publiceringstyp: *Research*.

Urvalet av datainsamlingen utfördes i olika steg och började med artiklar vars titlar inte svarade mot syftet förkastades. Vid första urvalet av artiklar kan titeln vara till stor nytta, titeln kan ge en uppfattning vad som kan sorteras bort och vad som är intressant att granska närmare (Friberg, 2012). Därefter lästes abstrakten och artiklar som inte överensstämde med syftet förkastades. Artiklar som sedan var kvar lästes i sin helhet med fokus på metod och resultatdelen. Sammanlagt granskades 15 artiklar varav 10 valdes ut efter granskning till att ingå i resultatet. Alla dessa 10 är numrerade (se bilaga 2) och i referenslistan föregås dessa av en Asterix. Två stycken av artiklarna som valdes ut hittades genom sekundärsökning varav en via annan artikels referenslista och en via en akademisk avhandling.

Datainsamling

För att förstå hur det slutgiltiga valet av artiklarna gått till är det viktigt att redovisa sökord och sökvägar. Enligt Friberg (2012) ska lämpliga sökord formuleras med utgångspunkt i det valda fenomenet/företeelsen. Olika kombinationer av sökord har använts under datainsamlingen och valts utifrån syftet med studien såsom ”*patient*”, ”*participation*”, ”*care plan*” och ”*careplanning*”. Sökorden som användes nyttjades med AND, OR och trunkering vilket benämns med Boolesk sökteknik för att specificera och avgränsa artikelsökningen (Östlundh, 2012). Trunkering av sökorden gjordes för att få bred sökning på artiklar. Datainsamlingen startade med sökning i databasen PubMed som till största del består av vetenskapliga artiklar inom biomedicin och hälsa. Sökningen utökades till databaserna CINAHL som till största del innehåller referenser till artiklar inom omvårdnadsskrifter. Genom sökningsprocessen av relevanta artiklar registrerades antalet träffar, antalet lästa abstract, lästa artiklar och antalet utvalda artiklar för varje nytt sökord vilket presenteras i (se bilaga 1). Från referenslista till vetenskaplig artikel och avhandling valdes ytterligare artiklar ut som var relevanta för syftet i studien. De artiklar som inte fanns i fulltext i databaserna har beställts från biblioteket på SkaS Lidköping.

Analys

För att få en helhet och förståelse för resultaten var första steget i analysen att läsa artiklarna flera gånger. Det är ett sätt att få en helhetsbild och en djupare förståelse för innehållet vilket bekräftas av Friberg (2012) som menar att det är ett sätt att få en helhetsbild och en djupare förståelse för innehållet. Därefter ska likheter och skillnader identifieras mellan artiklarna för att slutligen göra en sammanställning. I nästa steg ställdes artiklarna upp i en tabell inspirerad av Friberg (2012) för att få en översikt över likheter och skillnader i förhållande till syfte, metod samt resultat (se bilaga 3). Därefter diskuterade författarna resultatens innehåll med varandra. Studiens syfte skrevs med stor text ut på papper för att vara synligt och ständigt påminna om syftet under hela granskningen, något som gav vägvisning genom arbetsprocessen. Nästa steg som var att identifiera meningsbärande enheter, meningar och citat från artiklarna översattes och delades in i fyra teman. För att underlätta arbetet visualiserades varje tema med en färg. Indelningen var inte definitiv utan kunde byta tema under analysens gång. (Friberg, 2012) menar att presentationen av resultatet ska underlätta för läsaren och därför vara tydligt och begripligt och med fokus på syftet.

Etiska övervägande

Enligt Forskningsetisk policy och organisation i Sverige (SFS 2003:460) är målet med forskning att genom ett systematiskt tillvägagångssätt antingen generera ny kunskap eller bekräfta tidigare fynd. Det krävs en tydlig struktur vid insamling av information som ligger till grund för resultatet. Det är forskarens uppgift att se till att denna struktur tydliggörs (a.a.). Etiska frågor som frivilligheten att delta i studien, deltagarnas rätt till anonymitet och att data bevaras konfidentiellt bör beaktas i och med att de deltar i en studie (Vetenskapsrådet, 2011 & World Medical Association, 2008.). Med hänsyn till dessa kriterier har datainsamling och sammanställning gjorts. Vetenskapsrådet (2011) säger också att ohederlighet i form av fabricering av data eller förvrängning av forskningsprocessen inte får förekomma vilket har beaktats genom att noggrant beskriva hur litteraturstudien har utformats och refererat till tillförlitliga källor.

RESULTAT

Ur analysen av artiklarna framkom tre tema. Samtliga beskriver hur patient och närstående upplever sin delaktighet i olika situationer.

- Dialog som främjar delaktighet
- Förmedla hälsoproblem och delta i sin planering av fortsatt vård
- Att uppleva delaktighet vid överlämnande till annan vårdgivare

Dialog som främjar delaktighet

Delaktigheten påverkades av i vilken grad patienterna upplevde sig informerade under vårdtiden. Patienter som fått information om sitt tillstånd samt fått möjlighet att ställa frågor om sin sjukdom var mer aktiva i svpl och upplevde en ökad delaktighet. Vid uppföljning av dessa patienter visade det sig att lång tid efter svpl fanns känsla av delaktighet kvar och patienterna upplevde trygghet (Näsström, Jaarsma, Idvall, Franzén Årestedt & Strömberg 2014). Patienterna uttryckte en önskan om grundlig information och bra kommunikation om sitt hälsotillstånd för att uppleva delaktighet. De önskade vara informerade om utredningsåtgärder, diagnostiska överväganden, deras sjukdomar och behandlingen men hade inget behov av att vara en aktiv del i medicinska beslut. Patienterna som upplevde att de inte hade kunskap nog, lämnade över de medicinska besluten till vården. De var nöjda med planeringen och litade på att personalen visste bäst (Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2009., Tholin & Forsberg 2014).

Hedberg, Cederborg och Johansson (2007) visade att sjuksköterskan var en förmedlande länk mellan olika professioner såsom arbetsterapeut, omvårdnadspersonal, socialarbetare, med mål att stödja patient och närstående i samband med svpl. Meningsfullhet i svpl uppnåddes när personal hade förmåga att stödja patienten (Hedberg et al., 2007). Helgesson, Johansson, Walther-Stenmark, Eriksson, Strömberg & Karlsson (2005) menar att patienten önskade bli lyssnad till när de förklarade hur de mårde eller vilka hälsoproblem som hen upplevt. De önskade förstå vad som hände med dem (a.a.). För svaga äldre patienter var delaktighet viktigt men i första hand ville de att sjukvårdspersonal tog sig tid och satte sig ner och förklarade vad undersökningarna hade visat och vad som planerades i den fortsatta vården. God kommunikation för äldre var när de gavs möjlighet att få uttrycka tankar och känslor om symtom och sjukdomar (Ekdahl et al., 2009).

När patienten fick möjlighet till dialog beskrevs deltagandet i planeringen av sin vård som partnerskap mellan patient och vårdare. Kommunikation är alltså inte bara en fråga om att dela begriplig information, det är också en fråga om hur man kan engagera patienterna för att få fram patienternas synpunkter, unika förutsättningar och förmåga till att uttrycka sin situation och sina önskemål (Hedberg Johanson & Cederborg, 2008). Att informera om behandlingsmöjligheter och att förklara vilken förutsättning patienten hade av behandlingen gav patienten en god bild av vad hen kunde förvänta sig och lättare fokusera på att skapa sig en bild av förändrad livsvärld (Cavanagh & McLafferty, 2007). Exakt identifiering av patientens problem är en viktig förutsättning för planering och genomförande av högkvalitativ och individanpassad vård (Florin, Ehrnberg, & Ehnfors, 2005).

Svpl krävde tvärvetenskapligt samarbete mellan yrkesprofessioner, patienter och närstående. De olika yrkesprofessionerna arbetade självständigt och kom fram till en gemensam fortsatt behandlingsplan. Utmaningen låg i att sammanfoga information mellan personal och patient för att förstå patientens nuvarande hälsotillstånd och dess konsekvenser för framtiden (Hedberg, et al., 2008). Helgesson et al. (2005) såg ett samband mellan där patienter och närstående haft en mer framträdande roll vid svpl och en förbättrad vård efter utskrivning från sjukhus.

Patientens delaktighet var allmänt accepterat men för att få till detta krävdes kommunikation. En patient som gavs möjligheten att vara delaktig i sin vård under vårdförloppet gav viktig information för den fortsatta vården (Lu, Kerr & McKinlay, 2014). En uppmuntrande rehabiliteringspersonal upplevdes som positiv och ökade patienten medvetenhet om framstegen. Dessa framsteg gjorde det lättare att planera fortsatt vård (Tholin & Forsberg, 2014).

Personer som levt med en sjukdom under en längre tid hade oftast bra kunskap om sin vardag och hade utvecklat strategier för att bibehålla självständigheten och kontrollen över sina egna liv. Patienter med multisjuklighet hade svårare att förklara hur de upplevde sin vardag och hur de skulle kunna fortsätta vara självständiga (Cavanagh et al., 2007). Patienter med hög ålder och med multisjuklighet hade svårt att uttrycka hur de mådde vilket patienten var väl medveten om. Många valde att inte bry sig så mycket och uttryckte att de inte hade behov att veta och förklarade att behovet hade minskat med ålder (Ekdahl et al., 2009).

Enligt Florin et al., (2005) var ett sätt att uppnå delaktighet att involvera patienterna som aktiva deltagare i beslut om vård i en öppen diskussion. Till sin hjälp användes ett bedömningsinstrument där patienten svarade på frågor om upplevda symtom i sin vardag. Sjuksköterskor fick också liknande formulär och på så sätt kunde en jämförelse göras av patientens upplevelse och vad sjuksköterska hade sett av patientens symtom.

Förmedla hälsoproblem och delta i sin planering av fortsatt vård

Patienterna upplevde sjukhus som en kraftfull institution och framförallt svaga äldre patienter behövde uppmuntras till medverkan och att personal skulle kommunicera på ett sätt som möjliggjorde delaktighet. Patienterna önskade bli lyssnade på under ronderna men det gavs inte tid till det utan patienten fick besked om att alla nödvändiga mediciner hade ordinerats. Dialogen försvårades av att patienten hade svårt att höra vad som sades eftersom läkaren inte pratade bra svenska (Ekdahl et al., 2009). Samma patienter kunde däremot betrakta små frågor som viktiga men upplevde att de inte togs på allvar av personalen (Ekdahl et al., 2009., Tholin & Forsberg 2014).

Det visade sig också att patienterna upplevde att de organisatoriska reglerna vid svpl kom först och att dessa skulle följas till exempel möjlighet till rehabilitering där patienten önskade men kommunen inte hade resurser för att tillgodose behovet (Tholin & Forsberg, 2014). Hedberg et al. (2008) kom i sin studie fram till att patienter och närstående i samband med svpl delgav patientens vardagssituation medan sjuksköterskor på ett informativt och förklarande sätt mer hade fokus på patientens medicinska situation, behov och resurser men också om organisatoriska regler och rutiner. Biståndshandläggaren fokuserade mer på organisatoriska regler och rutiner och hade inte förmåga att involvera och lyssna in de andra deltagarna i svpl. Vid möten där patienten inte hade med någon närstående bildades en allians mellan sjuksköterskan och patienten (a.a.).

Hedberg, et al., (2007) såg att sjuksköterskan inte bjöd in patienten att dela sin upplevelse av sin sjukdom och vad hen ville ha ut av sin svpl. Sjuksköterskan bad patienten bekräfta det hen hade sett eller att välja ett alternativ som gavs av sjuksköterskan. ”Du är medveten om dina begränsningar men du har svårt att komma ihåg hur man ska göra, du glömmer helt enkelt vad man ska göra” (Hedberg et al., 2007, s.217). Sjuksköterskan förlitade sig på sin egen uppfattning om svårigheter som kan uppstå efter sjukdom och patienten gavs inte möjlighet att bidra med sin erfarenhet (a.a.). Om patienten enbart ombads att bekräfta, förneka eller att välja givna alternativ gavs patienten en passiv roll i mötet (Hedberg et al., 2008).

Tholin och Forsberg (2014) såg att patienterna som intervjuades upplevde att de inte hade deltagit i vården eller planeringen av den efterföljande vården. De upplevde att de små frågorna som betydde mycket för att uppleva livskvalitet i vardagen inte togs på allvar av sjuksköterskan. Det fanns patienter som upplevde att personal bestämde allt vid svpl, allt från mattider till när patienten skulle gå till sängs. Stödet från närstående var ovärderlig som till exempel att föra den äldre patientens talan för att synliggöra små frågor (a.a.).

Då sjuksköterskans samarbetade med biståndshandläggare upplevdes det som ett kraftfullt verktyg för att övertyga patienten om åtgärder som skulle kunna behövas. Hedberg et al., (2008) skriver ”Du vill inte handla så mycket när du kommer hem eller? Om du önskar kan vi ordna med leverans av middagsmat så behöver du inte oroa dig så mycket för handlandet ” (s. 219). Även om förslaget var helt relevant var det inte säkert att det var vad patienten helst ville (Hedberg et al., 2007). Vid situationer där patienten uttryckt önskemål om t ex rehabilitering eller matsituation påverkade biståndshandläggaren beslutet genom sitt sätt att se på behovet. Sjuksköterskan gav patienten stöd genom att beskriva patientens behov och önskan. Olika åsikter kunde upplevas som en maktkamp mellan yrkeskategorier (Hedberg et al., 2008). Sjuksköterskan identifierade vanligtvis de medicinska frågorna som viktigaste frågorna. Patienten däremot såg de färdigheter, som exempelvis att klara matsituation själv, att klara toalettbesök själv, för att uppnå oberoende i det vardagliga livet som de viktigaste (Cavanagh et al., 2007).

Florin et al. (2005) såg att det fanns begränsad kunskap om hur mycket sjuksköterskorna hade kommunicerat med patienten under vårdtiden. I undersökningen gjord av Hedberg et al. (2007) menade patienten att när de berättade om sin upplevelse ställde sjuksköterskan inte några följdfrågor. I stället fortsatte hen med sina antaganden vilket gav patienten begränsade möjligheter att framföra sin upplevelse och sina önskemål vid svpl (a.a.). Sjuksköterskor och patienter identifierade omvårdnadsproblem inom samma områden, men identifierade i stor utsträckning olika problem inom området. Sjuksköterskan såg problem kopplade till diagnos medan patienten identifierade problem kopplade till symtom. Största skillnaden sågs i området känslor/ andlighet, nutrition, sömn och smärta (Florin et al., 2005)

Patienter och närstående berättade om sina negativa erfarenheter och känslor av hjälplöshet och frustration över ouppfyllda behov och även om brist på information från vårdpersonal under vårdtiden och i samband med vårdplaneringen. Några deltagare uttryckte att vårdplaner bör hjälpa patienterna att ta kontroll över det vardagliga livet. Närstående som i det här fallet var föräldrar till barn, rapporterade om en känsla av att ha förlorat kontrollen över det dagliga livet vilket uttrycktes som ”helt oförberedda”, ”visste ingenting” eller ”där var vi”. Att få möjlighet att kommunicera elektronisk och inte samlas till en svpl och med en utarbetad individuell vårdplan, gavs ny möjlighet för patienter att kommunicera snabbt

och på ett obyråkratiskt sätt med sjukvårdspersonal och snabba beslut kunde tas (Bjerkan, Hedlund & Hellesø, 2015).

Att uppleva delaktighet vid överlämnande till annan vårdgivare

Ett effektivt överlämnande till annan vårdnivå uppnåddes när god kommunikation med patienter och närstående hade skett under hela vårdtiden. En god och nära relation byggdes mellan patient och personal vilket gjorde att patienten blev mer bekväm i att uttrycka sina önskemål och patienterna uttryckte att det var positivt att få tillgång till mer information om sin vård och behandling. När rapportering skedde vid säng visade det sig att patient och närstående fick möjlighet till delaktighet och kunde kontrollera riktigheten i informationen under vårdprocessen och minimerade riskerna för fel vilket var en av förutsättningarna för delaktighet vid svpl och den fortsatta vården. Personalen fick en djupare förståelse för hur patienten upplevde sin hälsa som kunde värderas tillsammans med patientens medicinska status under svpl (Lu, et al., 2014).

Enligt Tholin och Forsberg (2014) saknade patienten skriftlig information om sin sjukdom, att ta in all muntlig information var svårt (a.a.). Genom att systemutveckla och göra det möjligt med webbaserade vårdplaner kunde man framgångsrikt införliva patientmedverkan något som möjliggjorde en ny form av interaktion mellan patient och personal vid vårdplanering. Genom att använda den webbaserade vårdplanen uttryckte patienterna en större känsla av kontroll över sina liv. Planeringen och samordningen av fortsatt vård blev på så sätt enklare (Bjerkan et al., 2015).

Olika tekniska lösningar har setts förbättra patientdelaktighet vid svpl. Direkta överenskommelser i samråd med patienten, närstående och personal kunde göras när svpl genomfördes via videokonferensmöte. Videokonferens gav patient och närstående en mer framträdande roll och känsla av sammanhang vid svpl vilket sågs som ett kraftfullt medel för att öka samverkan och samarbetet mellan personal och patienter inom sjukvården. Fler professioner deltog vid videokonferenser vilket gav bättre förutsättningar för god vård- och omsorg efter utskrivning. Mottagande enhet kunde lättare bedöma situationen och ställa relevanta frågor samtidigt som patienters egna behov och önskemål för fortsatta omsorgsbehov på ett klart sätt kom fram till beslutsfattarna (Helgesson et al., 2005).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Valet av analysmetod har varit litteraturöversikt. Då datainsamlingen görs i ett litteraturbaserat examensarbete bör författarna vara medvetna om att det inte finns någon databas som är heltäckande, dock är dess litteratur riktad mot att passa en viss målgrupp, vilket författarna bör vara medvetna om (Friberg, 2012). Sökningar gjordes i databaserna PubMed och Cinahl. För att få förståelse för patientens upplevelse av samordningen av vården mellan olika vårdgivare efter sjukhusvård inkluderades sökordet ”participation”. Samspelet mellan patient och personal och förståelse för patientens situation är en förutsättning för ett bra möte och kräver delaktighet. Att söka i flera databaser kan ge fler artiklar något som kan ses som en styrka enligt Henricson (2012). Dessa databaser användes eftersom de innehåller omvårdnadsforskning och var lättillgängliga via SkaS bibliotek. Enligt Friberg (2012) kan sekundärsökning genom att studera referenslistor vara en mycket effektiv metod som bör tillämpas vid informationssökning. Genom att använda denna metod hittades två artiklar som inkluderades i resultatet.

Avgränsningen till årtalen 2005-2015 gjordes i enlighet med Friberg (2012) som menar att om det inte finns något särskilt intresse av äldre material kan en avgränsning av tid vara bra att börja med. Artiklarna som använts i resultatet är både kvalitativa och kvantitativa. Av de tio artiklarna som valdes var sju kvalitativa, två kvantitativa och en både kvalitativ och kvantitativ. När både kvalitativa och kvantitativa artiklar använts har hänsyn tagits till att resultaten presenteras på olika sätt som i teman, kategorier och utifrån statistiska beräkningar (Friberg, 2012). Vi har båda arbetat som sjuksköterskor i över 20 år. Vår arbetslivserfarenhet omfattar både slut- och öppenvård samt kommunal hälso- och sjukvård. Genom att diskutera och reflektera tillsammans över förförståelsen kan dess påverkan på resultatet begränsas (Henricson, 2012). Det har under hela processen funnits en medvetenhet om den förförståelsen vi bär med oss och hur den kan inverka på resultatet. Att arbeta tillsammans har varit en styrka som gett möjlighet till att diskutera och reflektera för att förförståelsen inte ska inverka negativt på resultatet.

Artikelgranskningen började med svenska artiklar eftersom författarna från början velat undersöka den svenska kontexten. Under arbetets gång utökades artiklarna till övriga världen eftersom sökresultatet inte gav tillräckligt många artiklar om svpl i Sverige. Tio artiklar valdes ut, författarna har haft en diskussion angående antalet och kommit fram till att var fullgott för att besvara studiens syfte. Det fanns svårigheter med översättningen av vissa engelska begrepp till svenska vilket skapat problem och kan ha påverkat resultatet något. Genom att ha utökat artikelsökningen mer specifikt för svpl och inte vårdplanering i stort hade möjligheten att på ett säkrare sätt karakterisera problemet med delaktighet vid svpl kanske varit lättare och resultatet blivit mer tillförlitligt, trovärdigt och bättre svarat upp till artikelgranskningens syfte. Så här efteråt ses att detta försvagat uppsatsen något.

Artiklarna lästes igenom och granskades individuellt ett flertal gånger. En översikt av analyserad litteratur som skapades var till stor hjälp under arbetets gång. Den gav information om granskningen och hjälpte till att avgöra om valet av texter verkade rimliga med tanke på syftet (Friberg, 2012). Citat och meningsuppbyggnader togs ut individuellt av författarna som sedan jämfördes mot varandra i syfte att inte gå miste om någon tolkning. Bedömningar

av innehåll var likartade och det var en samsyn i vad som var relevant för studien. Att gemensamt läsa och gå igenom artiklarna på detta sätt stärker validiteten och försäkrar att artiklar med god kvalitet ingår i resultatet (Henricson, 2012).

De texter och avsnitt från artiklarna som bedömdes relevanta för resultatet utifrån syfte, analyserades gemensamt och delades in i olika tema. De flesta artiklarna användes i två eller tre teman. En artikel användes endast i ett tema men bedömdes vara relevant för resultatet och visar på nytt arbetssätt som ger ökade förutsättningar för ökad delaktighet vid svpl där patienten under vårdresan varit väl informerad om sjukdomsförlopp och getts förutsättningar till delaktighet under sin vård.

Att få delar från artiklarna till en ny helhet upplevdes som en utmanande och kreativ fas. Enligt Henricson (2012) går det inte helt att utesluta sin förförståelse i relation till dataanalysen och resultatet men genom jämförelser av det individuella arbetet anser författarna att risken minskat för att den egna förförståelsen påverkat resultatet negativt. Samtliga artiklar som litteraturstudien bygger på är redovisade i referenslista utformad enligt APA-manual något som Forsberg och Wengström (2013) menar är viktigt. Samtliga artiklarna var skrivna på engelska och kunskapsbrist i det engelska språket där översättningen till engelska 100 procent inte kan garanteras, vilket kan ha inverkat på resultatet. För att undvika feltolkningar har svårförstådda stycken diskuterats mellan författarna.

Resultatdiskussion

Litteraturoversiktens resultat innehåller både beskrivning av svpl-möten där patienter och närstående har upplevt och inte upplevt delaktighet. Patienter som upplevt ökad delaktighet vid svpl har under vårdtiden fått möjlighet att ställa frågor om sin sjukdom medan patienter som upplevde att de inte deltagit vid svpl av den efterföljande vården också upplevt att små frågor som betydde mycket för att patienten skulle uppleva livskvalitet i vardagen inte tagits på allvar av sjuksköterskan. Resultatet visar genomgående att en god kommunikation är av stor betydelse för att patient och närstående ska uppleva delaktighet vid planering av sin fortsatta vård. Kommunikation beskrivs som att lämna och dela information där varje part har sitt expertområde och kommunikationen att lämna information vidare samt att följa upp. När kommunikationen fungerar upplever sig patient och närstående delaktiga. Detta är också en förutsättning för det Antonovsky beskriver som KASAM, vilket i sin tur leder till en högre känsla av välbefinnande och hälsa. När människan har en känsla av begriplighet i sin situation förmår människan hålla samman verkligheten till en meningsfull helhet (Kallenberg & Larsson, 2006).

Delaktighet är något som visat sig växa fram över tid och bygger på att personen upplever sig informerad och känner att den är lyssnad på. Delaktighet påverkas av i vilken grad patient och närstående upplever att de fått information för att kunna omsätta informationen i kunskap. Det förutsätter att informationen förmedlas utifrån den kunskap som patienten har och att eventuell nedsättning av uppmärksamhet, perception och förståelse är beaktad och att den motsvarar patientens behov. Patientlagen (SFS 2014:821) stärker och tydliggör patientens ställning och ställer krav på att patienten ska ha möjlighet att vara delaktig i sin egen vård och att information som ges ska vara möjlig att förstå och vara anpassad efter patientens förutsättningar.

Resultatet visar att information dels kan bestå av kunskapen och läran om sin sjukdom, dels av hur och var patienten kan få stöd och hjälp med sin nya situation. Kunskap gör att patienten får tilltro till sin förmåga och därmed skapar meningsfullhet och kunskapen underlättar för patienten att hantera sin sjukdom och sina symtom i vardagen. En förutsättning för att ge äldre och närstående möjlighet att gå vidare med sina liv på hemmaplan är att vård- och omsorgspersonal tydligare tar itu med att möta patienter här och nu för att kunna lindra lidande och hjälpa patienten att anpassa sig till den nya situationen. Genom att etablera en relation och ha ett genuint engagemang och dela information med varandra, i mötet med patienten skapas en möjlighet till delaktighet (Sahlsten, Sjöström och Plos, 2009).

Att bjuda in till dialog är en viktig uppgift och något som personal inom vård och omsorg behöver känna till, ha kunskap om och få förutsättningar för att utföra. Det goda samspelet uppstår mellan patient och närstående när de känner sig informerade och upplever sig ha kunskap om sin hälsosituation. I resultatet framkommer det att tydlig information om tillstånd och behandlingar ska ges kontinuerligt till patienten vilket många gånger kan räcka för att minska patientens lidande och även öka egenvårdsförmågan. Att ge kontinuerlig information till patienten om behandlingsmöjligheter skapar en bild av den förändrade livsvärlden. Resultatet visar också att sammanhangen i patientens livsvärld enbart kan utgå från personen själv för att skapa mening och innebörd i själva livet. Det framkommer också att när patienter och närstående upplever brister i information av sitt hälsotillstånd kände sig patient och närstående mindre delaktiga i fortsatt vård.

Vårdpersonal hade en tendens att dominera samtal, att ta över samtal och inte lyssna till vad patienten upplever som problem. Sjuksköterskan visade större intresse för den medicinska behandlingen i förhållande till omvårdnaden och symtom som patienten upplevde. Batalden, Batalden, Margolis, Seid, Armstrong, Opipari-Arrigan och Hartung (2015) menar att det varken är möjligt eller önskvärt att dela ansvaret rättvist mellan patienter och yrkesverksamma i alla situationer. Det medicinska ansvaret måste falla på hälso- och sjukvårds-personalen och när personalen ser att patienterna gör ohälsosamma val är det personalens skyldighet att engagera sig och fungera som ett skyddsnät. Men personalen får inte glömma att i mötet acceptera att patienten har kunskap om sin kropp och är expert på sin kropp, sina symtom och sin hälsa och väga in det för att göra patienten mer delaktig i sin vård och ge ökad möjlighet att uppleva hälsa (Eldh, Ekman, och Ehnfors, 2010).

Sjuksköterskor identifierade andra problem än patienten. Problem med kost, sömn, smärta och känslor/andlighet underskattades av sjuksköterskan vilket hade stor betydelse i patientens livsvärld. Patienter och närstående upplever delaktighet när personalen visar intresse för deras behov och önskemål. För att öka patientens upplevelse av delaktighet krävs att verksamheten arbetar strukturerat med att fånga in och tillvarata patienten och närståendes önskemål och resurser, att patienten verkligen och helhjärtat sätts i centrum (Lifvergren, 2008 a). Genom att personalen genuint lyssnar och tar in vad patient och närstående har upplevt skapas förutsättningar för delaktighet och en ökad möjlighet att uppleva hälsa i den förändrade livsvärlden (Dahlberg & Segesten, 2010).

Äldre och närstående förlorar sammanhanget när den äldre hamnar på sjukhuset och det upplevs svårt att påverka livet och samtidigt anpassa sig till livets nya omständigheter. Livets sammanhang förloras och patienten blir beroende av personalen. I resultatet framkommer att

anpassningen inte underlättas av att olika personalkategorier ser olika på patientens vårdbehov och hälsa. Enligt Rydeman et al. (2012) har äldre ofta flera hälsoproblem och patienten har behov av att få förståelse för sin sjukdom och hälsosituation som är komplex på grund av multisjukligheten. Men viljan att påverka vardagen och att leva ett självständigt liv trots sjukdom är stark hos den äldre. Graden av sjuklighet har betydelse för det fortsatta självständiga livet. När personalen följer medicinska rutiner och har sjukdomsfokus, blir förhållningssättet fragmenterat och att fokus på den äldres hälsoprocess lätt tappas bort (a.a.).

Resultatet visar att när patient och närstående varit delaktiga under hela vårdtiden och delat sina kunskaper med personal upplever patient och närstående sig inbjudna i dialogen om sin vård vilket möjliggör en bra svpl. När berörda professioner, patient och närstående lämnar information utifrån sin expertkunskap skapas en vårdplan i samtycke (SOSFS 2005:27). Det som bestäms i vårdplanen är till för att säkerställa den enskildes behov av vård och omsorg. Genom att stödja patienten i svpl kan patienten uppleva mötet meningsfullt. Stödja kan vara att ge patient och närstående en mer framträdande roll vid mötet, ett annat sätt att stödja är när sjuksköterskan är en förmedlande länk mellan olika professioner. Enligt Eriksson (1994) kan sjuksköterskan träda in och hjälpa patienten att möta lidandet för att kunna lindra lidande och hjälpa patienten att anpassa sig till den nya situationen.

Trots att alla utgår från att förbättra livskvalitén för patienten har inblandade professioner vid en svpl olika synsätt och värderingar för hur målet skall uppnås. I resultatet framgår det att de olika professionerna har olika fokus och resultatet visar också att en del patienter inte alls har behov av att påverka beslut om sin medicinska behandling. Den personcentrerade vården är ännu inte etablerad inom svensk sjukvård utan den är snarare en vision. Genom att personcentrera vården fångas patientens berättelse som är en utgångspunkt och förutsättning för ett partnerskap. Personcentrerad vård grundas på att patienten är en person med förmåga, vilja, ansvar och behov och skall inte bara ses som sjukprocesser i behov av behandling eller i behov av vård utan också personer med livskraft och värdighet (Ekman, 2014).

I resultatet visar det sig att personal övertalar patient att ta hjälp med exempelvis matleverans trots att det inte är vad personen önskar. Det är viktigt att se personen och dennes livsvärld och inte att bara sätta sjukdomen i fokus. Insatser som sätts in ska skapa värde för patienten och fångas in över tid och samföas vid svpl. Varje patient ska få bästa möjliga vård och omsorg utifrån dennes unika lidande och ska aldrig behöva acceptera något annat (Dahlberg & Segesten, 2010). När patienten får information och kunskap på ett tydligt sätt är det lättare för patienten och närstående att acceptera de insatser som erbjuds. Enligt Eriksson (1994) innebär det ett lidande för människan när hen är tvungen att be om hjälp med de mest fundamentala behoven. Dahlberg och Segersten (2010) beskriver att människan inte har en kropp utan är sin kropp och Eriksson (1989) menar att en människa som inte upplever sammanhang och mening med livet kan ha svårt att uppleva hälsa och en av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Antonovskys (2005) begrepp begriplighet innefattar att människan behöver kunna förstå stimuli, exempelvis hur en allvarlig sjukdom påverkar människan, medan begreppet hanterbarhet innefattar att människan behöver veta var och hur hjälp att hantera stimuli finns att få.

Resultat visar på att det finns arbetssätt som ger möjlighet till ökad delaktighet för patient och närstående vid svpl. Videokonferens är ett arbetssätt som medför förbättrad

kommunikation mellan patient och personal då flera professioner medverkar och för dialog om patientens hälsosituation och tillsammans planerar framtida insatser. I resultatet framgår också vikten av en god dialog mellan patient och personal, något som kan vara direkt avgörande för patientens upplevelse av delaktighet. Webbaserade lösningar, exempelvis vårdplan tillgängliga för patient och personal på nätet ger en ökad möjlighet att dela kunskap mellan patient och personal och ökar delaktigheten. Patientnära arbetssätt som till exempel rapportering vid säng eller strukturerad hemvård ger ett handfast stöd som leder till att öka patienternas upplevelse av delaktighet då patient får en mer framträdande roll. Dessa nyare arbetssätt kommer säkerligen få en mer framträdande roll allteftersom vården utvecklas mot personcentrering vilket vi som författare anser är hoppfullt. Patienterna som får kontinuerlig information om behandlingsmöjligheter skapar lättare en bild av den förändrade livsvärlden. Enligt Dahlberg och Segersten (2010) ställs stora krav på sjuksköterskans professionella kommunikation och att kommunikationens betydelse många gånger underskattas. Resultatet visar på vikten av ta reda på patientens unika behov och vad patienten upplever som problem. När de inblandade professionerna har fokus på värdeskapande aktiviteter och personens behov och önskemål är i centrum skapas förutsättningar för att personen ska klara sig hemma och uppleva minskat lidande. Ekman (2014) säger att personalen ska lyssna noga på patienten, komma överens om mål och erbjuda patienten ett partnerskap, även gamla och sjuka patienter har oftast resurser som vilja och motivation. Det är inte bara humant att lyssna till patienten det har också visat sig ge effektiv vård.

Resultatet visar även att det finns maktkamper mellan de olika professionerna och att patienten upplever sjukhuset som en kraftfull institution. Enligt Rytterström (2011) utvecklar varje vårdkultur egna rutiner för att underlätta arbetet. I den kommunala kulturen beskrevs god vård med utgångspunkt i ett socialt perspektiv, där vården ska genomsyras av gemenskap och trygghet. På vårdavdelningar upplevs rutiner vara ett med vårdpersonalen vilket innebär en anpassning till avdelningarnas oskrivna rutiner och vanor. Det finns en risk att rutinen blir hindrande för det goda vårdandet om rutinen återkommande används utan tanke på att samtidigt anpassas till patientens önsknings och behov. Rutiner som hindrar en god vård förekommer och skapar ett dilemma hos vårdarna när de måste välja mellan att följa en i deras tycke felaktig rutin eller att gå emot sin egen övertygelse för vad som är god vård. En hindrande rutin kan även fungera som en ursäkt för att inte behöva möta patientens lidande. Rutiner blir meningsfulla då de stödjer det goda vårdandet. Det finns mycket kunskap och teorier idag som visar att kulturen har betydelse för hälsa och vårdande vilket bör tas tillvara. Kulturen att hänvisa till rutiner bör förändras. Ledarskapet har en viktig roll för att skapa personcentrerad vård och omsorg som samverkar mellan organisationerna. Det är av största vikt att personal utgår från patientens livsvärld och inte enbart efter de rutiner som är inarbetade (Rytterström, 2011).

Resultatet visar att de organisatoriska reglerna i vissa fall kommer först och att de skulle följas. Stacey (2002) beskriver att människan bara kan förstå och lära genom att studera vad de gjort. Det finns fem delar i lärande organisation som är nödvändiga för att skapa genuint lärande: systemtänk, personlig drivkraft, mentala modeller, delad vision och lärande i team (a.a.). Genom att skapa en helhetsbild av patientens krav och förväntningar av fortsatt vård och omsorg och förstå hur delar i organisationerna påverkar varandra i vårdandet kan processen förbättras genom att problem identifieras och åtgärdas och leda till att nya arbetssätt kan utvecklas (Lifvergren, 2008 a).

Konklusion

Patienternas upplevelse av delaktighet är individuell och påverkas starkt av hur informationen under vårdtiden har varit mellan sjuksköterska och patient och dess närstående. Det är betydelsefullt för patienten att få vara involverad i sin vård och att i dialog få information om behandlingsmöjligheter och att också få möjlighet att informera om sina symtom. Det är betydelsefullt för patienterna att få möjlighet till att samtala kring funderingar, existentiella frågor och det vardagliga livet. Det är viktigt att sjuksköterskor visar förståelse för den enskilda individens upplevelse av sitt hälsoläge för att öka patientens möjligheter till förbättrad livskvalitet och för att öka möjligheten att klara sig när hen kommer hem också.

Kliniska implikationer och förslag på fortsatt forskning

Eftersom betydelsen av delaktighet i planeringen av sin fortsatta vård är individuell är det viktigt att som sjuksköterska anpassa sitt vårdande efter patienters individuella behov, lyssna och se till patientens livsvärld. För att patienterna ska få möjlighet att våga uttrycka sig och känna sig trygga är det viktigt att sjuksköterskan informerar patienten och säkerställer att informationen har nått fram. För att patientens behov ska kunna tillgodoses krävs det att sjuksköterskan inte lägger personliga värderingar i mötet med patienten utan respekterar patienten som en unik individ, med unika behov.

Förslag till fortsatt forskning kan vara att se hur svpl via videokonferens, som testas inom Skaraborg, möjliggör patientens delaktighet.

REFERENSER

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2:a uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Armstrong G., Michael, S., Opiari-Arrigan L. & Hartung, H. Coproduction of healthcare service *BMJ Quality & Safety* 2015; 0:1–9.

Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E. & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (18), 2539-2546.

Bergmark, A., Parker, M.G. & Thorslund, M. (2000). Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines? *Journal of Medical Ethics*, 26 (5), 312-318.

*Bjerkan, J., Hedlund, M. & Hellesø, R. (2015). Patients` contribution to the development of a web-based plan for integrated care – a participatory design study. *Inform Health Soc Care*, 40 (2), 167-184.

*Cavanagh, S. & McLafferty, E. (2007). The recognition and use of patient expertise on a unit for older people *Nursing older people*, 19 (8), 31-36.

Dahlberg, K. & Segesten, K (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K. (2014) *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.

Efraimsson, E., Sandman, P-O., Hydén, L-C. & Rasmussen, B.H. (2006). How to get one's voice heard: the problems of the discharge planning conference. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (6), 646-655.

* Ekdahl, A., Andersson, L. & Friedrichsen, M. (2010) "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, 80, 233-240.

Ekman, I, (2014). *Partnerskap med patienten gör vården effektivare*. (Artikelnr 2014;111:CPFY). Hämtad från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/01/Inger-Ekman-forestandare-for-GPCCPartnerskap-med-patienten-gor-varden-effektivare>

Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvården. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber AB.

Eldh, A C. (2006). *Patient participation – what it is and what it is not*. (Doctoral thesis). Örebro: Örebro University

Eldh, A C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2010). A comparison of the concept of patient participation and patients descriptions as related to healthcare definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21, 21-32.

- Eriksson, K. (1989). *Hälsans Ide*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- *Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2005). Patients`and nurses`perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (2), 140-149
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värderingar, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- *Hedberg B., Cederborg A-C. & Johansson M. (2007). Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of Nursing Management*, 15, 214-221
- *Hedberg B., Cederborg A-C. & Johansson M. (2008). Communicating stroke survivors`health and further needs for support in care-planning meetings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1481-1491.
- Helgesson, A., Johansson, U-B., Walther- Stenmark, K., Eriksson, J., Strömngren, M., & Karlsson, R. 2005. Coordinated care planning for elderly patients using videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11, 85-92.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur.
- Kallenberg, K & Larsson G. 2006 *Människans hälsa livsåskådning och personlighet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kristensson, J (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälsa- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lifvergren, S (2008 a). *SkaS Guiden – ledningssystem för Skaraborgs sjukhus*. Vänersborg, regionens tryckeri, Skaraborgs sjukhus.
- *Lu, S., Kerr, D. & McKinlay, L. (2014). Bedside nursing handover: Patients`opinions. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 451-459.
- Nilsson, B. (2002). *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv?: aspekter på stabilitet, kön, hälsa och psykosociala faktorer*. Umeå universitet.
- *Näsström, L., Jaarsma, T., Idvall, E., Franzén Årestedt, K. & Strömberg, (2014). A. Patient participation in patients with heart failure receiving structured home care – a prospective longitudinal study. *BMC Health Services Research*, 14, 633.
- Palm Ernsäter, Torie (2015) Ledarskap för omvårdnad och magnetmodellen. Hämtad 2 december, 2015, från <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/ledarskap.for.omvardnad.och.magnetmodellen.pdf>

Rydeman, I-B., Törnqvist, L., Agreus, L. & Dahlberg, K. (2012). Being in between and lost in the discharge process - An excursus of two empirical studies of older persons, their relatives, and care professionals experience. *International Journal of Qualitative Studies Health and Well-being*, 7, 1-9.

Rytterström, P. (2011). *Tradition och horisont - vårdkulturens betydelse för vårdens praxis* (Doktorsavhandling, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier. Hälsouniversitetet, Linköpings universitet. Linköping Avdelning för hälsa, aktivitet och vård). Hämtad från <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:458611>

Sahlsten, M. Larsson, I. Sjöström, B Plos, K (2009) Nurse strategies for optimising patient participation in nursing. *Scandinavium Journal of Caring Sciences*. 23; 490–497

SFS 2003:460 *Om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 16 maj 2015, från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

SFS 2014:821 *Patientlag*: Stockholm Socialdepartementet. Hämtad 17 april, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientlag-2014821_sfs-2014-821/.

Socialstyrelsen. (2009) *Hälso- och sjukvårdsrapport* Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>

Socialstyrelsens hemsida Termbanken. Hämtad 18 april, 2015 från (<http://socialstyrelsen.iterm.se/>).

SOSFS 2005:27 *Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patient i slutenvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 19 april, 2015 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-10-27>.

SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 3 maj 2015 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-38>.

Stacey, R., D. (2002) *Strategic Management and Organisational Dynamics*. England: Pearson education limited.

Svensk Sjuksköterskeförening (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* hämtad 20160130 från https://www.vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyrer/ICNs%20etiska%20kod%20for%20sjuskoter%20skor_0711.pdf

*Tholin, H. & Forsberg, A. (2014). Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. *Nordic Collage of Caring Science*, 28, 822-829.

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 28 maj, 2015, från <http://www.epn.se/sv/start/anslagstavla/god-forskningssed,-vetenskapsraadets-rapportserie-12011/>

World Medical Association. (2008). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 4 december, 2015, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Ulin, K. Olsson, LE. Wolf, A. Ekman, I. (2015) Person-centred care – An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 57-79) Lund: Studentlitteratur.

Sökordsöversikt

	Sökord	Träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
PubMed	Careplanning	37412	-	-	-
PubMed	Patient participation	19548	-	-	-
PubMed	Care planning and Patient participation And experience *research	32	32	8	4
Cinahl	Participation	53746	-	-	-
Cinahl	Care plan OR care planning	1558	-	-	-
Cinahl	Care plan OR care planning and participation	98	98	5	4
Sekundärsökning					2

Översikt av valda artiklar och tema

TEMA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dialog som främjar delaktighet	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Förmedla hälsoproblem och delta i sin planering av fortsatt vård	x	x		x	x	x	x		x	
Att uppleva delaktighet vid överlämnande till annan vårdgivare			x	x	x			x		

1. Hedberg, B., Cederborg, A-C., & Johanson, M. (2007).
2. Hedberg, B., Johanson, M., & Cederborg, A-C. (2008)
3. Helgesson, A., Johansson, U-B., Walther- Stenmark, K., Eriksson, J., Strömgren, M., & Karlsson, R.
4. Tholin, H. & Forsberg, A.
5. Bjerkan, J., Hedlund, M. & Hellesø, R.
6. Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M.
7. Cavanagh, S. & McLafferty, E.
8. Lu, S., Kerr, D. & McKinlay, L.
9. Ekdahl, A., Andersson, L. & Friedrichsen, M.
10. Näsström, L., Jaarsma, T., Idvall, E., Franzén Årestedt, K. & Strömberg, A.

Artikelöversikt

Bilaga 3

Nr	Författare/Årtal/Titel	Syfte	Metod/Urval	Resultat
1	<p>Titel: Care-planning meetings with survivors: nurse as moderators of the communications</p> <p>Författare: Hedberg, B., Cederborg, A-C., & Johanson, M. (2007).</p> <p>Tidskrift: Journal of Nursing Management.</p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att utforska och beskriva hur sjuksköterskor fungerar som samtalsledare i samordnadvårdplaneringens mötet och vilken typ av delaktighet patienter uppnår i den här typen av möten där flera parter är delaktiga.</p>	<p>Tretton vårdplaneringsmöten spelades in och transkriberades. Sjuksköterska, social arbetare och stroke-patient var de viktigaste deltagarna på mötet. Ett kodningsschema skapades och tre huvudkategorier användes för analys: rena yttrandetyper, expert kommentarer (EG) och olikheter.</p>	<p>Det finns ett brådskande behov av att sjuksköterskor lär sig hur patienten involveras i sin vård och behandling. Bedömning av patientens kommunikativa förmåga innan vårdplaneringsmötet samt kunskap om hur man bjuder in patienten kan förbättra patientens möjlighet till deltagande i mötet.</p>
2	<p>Titel: Communicating stroke survivors` health and further needs for support in care-planning meetings</p> <p>Författare: Hedberg, B., Johanson, M., & Cederborg, A-C.</p>	<p>Att illustrera hur strokepatienter, deras anhöriga och olika yrkeskategorier kommunicerar vid vårdplaneringsmöten när man planerar för fortsatt vård efter utskrivning från sjukhuset. Författarna</p>	<p>En kvalitativ och en kvantitativ design användes med ett urval av 14 ljud inspelade samordnade vårdplaneringsmöten. De transkriberade mötena, tillsammans med observatörernas anteckningar analyserades med ett webbaserat analys verktyg</p>	<p>De professionella tenderade att dominera samtalet även om involveringen varierade beroende på vilket ämne som togs upp. Vikten av att stärka strokepatienters deltagande i vårdplaneringsmötet är påfallande. Personalen måste öka sina kunskaper om hur man involverad patienten i sin vård samt hur man undviker</p>

	<p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 17.</p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>ville veta vilka ämnen som togs upp och i vilken utsträckning patienten var med i diskussionen.</p>		<p>maktkamper mellan sjukvårdspersonal, patienter och anhöriga</p>
3	<p>Titel: Coordinated care planning for elderly patients using videoconferencing.</p> <p>Författare: Helgesson, A., Johansson, U-B, Walther- Stenmark, K., Eriksson, J., Strömgren, M., & Karlsson, R.</p> <p>Tidskrift: Journal of Telemedicine and Telecare</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att utveckla informationsöverföring en mellan olika vårdgivare i samordnad vårdplanering genom att använda videokonferens</p>	<p>I studien ingick 17 samordnade vård planeringsmöten. Tio av dessa genomfördes med videokonferens och sju var konferens ansikte mot ansikte.</p>	<p>Patienter och anhöriga hade en mer framträdande roll i den samordnade vårdplaneringen, vilket gav bättre möjlighet till god vård efter utskrivning. Fler personalkategorier deltog i samordnad vårdplanering med hjälp av videokonferenser än vid vårdplanering ansikte mot ansikte. Sparar tid.</p>
4	<p>Titel: Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care</p>	<p>För att undersöka hur personer med stroke upplevde sin vård, rehabilitering, stöd och deltagande</p>	<p>Intervjuer genomfördes med 11 personer som haft stroke för att kartlägga deras erfarenheter av vård, rehabilitering, stöd och deltagande i sin vård.</p>	<p>För att säkerställa hög kvalitet i hela strokevårdkedjan måste personer med stroke bjudas in till att delta i sin vård och planeringen av vården. Att erbjuda evidensbaserad strokerehabilitering, är viktigt och att</p>

	<p>Författare: Tholin, H. & Forsberg, A.</p> <p>Tidskrift: Nordic Collage of Caring Science</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: Sverige</p>	från sjukhuset till öppenvården.	Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.	rehabilitering är specifik, intensiv, och framförd av yrkesverksamma, oavsett var rehabilitering än utförs. En förändrad syn av patientens autonomi i servicebostäder bör utvecklas och denna process måste börja från personal och boende.
5	<p>Titel: Patients` contribution to the development of a web-based plan for integrated care – a participatory design study</p> <p>Författare: Bjerkan, J., Hedlund, M. & Hellesø, R.</p> <p>Tidskrift: Inform Health Soc Care</p> <p>Årtal: 2015</p> <p>Land: Norge</p>	Syftet var att undersöka hur en strategi med participatory design (PD) där vuxna patienter och föräldrar till barn med funktionshinder var involverade, skulle kunna bidra till utveckling av en elektronisk "Individuell vårdplan" (e-ICP) i Norge. Systemet var avsett att förenkla tvärvetenskaplig dokumentation och samverkan tvärsektoriellt mellan vårdpersonal	15 deltagare från fem kommuner med laglig rätt till individuell vårdplan rekryterades till studien. De testade e-ICP. Föräldrar ingick som representanter för sina barn med handikapp. Efter testen intervjuades deltagarna och fältanteckningar gjordes. Data analyserade systematiskt	<p>Utveckling av webbaserad vårdplan - system för förbättrad informationssökning och interaktion mellan patienter och personal.</p> <p>Med utveckling av det tekniska systemet så blev patient och föräldrar mer trygga och vården mer patientsäker när flera olika enheter/vårdgivare var inblandade.</p>

		och patienter i vårdplaneringen.		
6	<p>Titel: Patients`and nurses`perceptions of nursing problems in an acute care setting</p> <p>Författare: Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M.</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Land: Sverige</p>	Fastställa graden av enighet eller oenighet mellan sjuksköterskor och patienter i deras uppfattningar om delaktighet, lidande och omvårdnadsproblemets betydelse.	80 patienter och 30 sjuksköterskor på en akutmottagning svarade på en enkät.	Sjuksköterskor i studien identifierade fler problem och andra problem än patienterna. Patienter identifierat ett antal allvarliga problem som inte identifierades av sjuksköterskor, särskilt problem med kost, sömn, smärta och känslor/andlighet. Sjuksköterskor underskattade allvaret i problemet.
7	<p>Titel: The recognition and use of patient expertise on a unit for older people.</p> <p>Författare: Cavanagh, S. & McLafferty, E.</p> <p>Tidskrift: Nursing older people</p> <p>Årtal: 2007</p>	Studera patienter och personals syn på patientens kunskap om sig själv	Först gjordes en förstudie där fyra patienter och deras vårdteam intervjuades. Utifrån erfarenheter från förstudien gjordes öppna intervjufrågor till patient och mer strukturerade frågor till personal. Kriterier för att vara med i studien var att patienten inte skulle ha större kommunikationsproblem. Personal som vårdade patienten intervjuades liksom	Att även om kognitiva störningar kan uppstå när äldre människor läggs in på sjukhus, kan detta minimeras om människan uppfattas som experter på sitt eget tillstånd. Informationen som lämnats till patienten ska bygga på ett erkännande av patienten som expert på sig själv för att möjliggöra copingstrategier

	Land: England		12 patienter. Under intervjun gjordes anteckningar som sedan analyserades. Teman och kategorier identifierades. Dessa stämde av med universitet som hittade liknande teman och kategorier och dessa kunde därför accepteras.	
8	<p>Titel: Bedside nursing handover: Patients`opinions</p> <p>Författare: Lu, S., Kerr, D. & McKinlay, L.</p> <p>Tidskrift: International Journal of Nursing Practice</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: Australien</p>	Att beskriva patienters erfarenhet av bedside rapportering	30 patienter intervjuades vilka hade vårdats på medicinsk-, kirurgisk-vårdavdelning där bedside rapportering hade varit implementerat sedan minst ett år. Inklusionskriterier var att patienten skulle vara engelsktalande, vårdats minst över natten, och tillräckligt pigg för att klara av intervjun. Intervjuerna spelades in, transkriberades, teman identifierades	Patienter gynnas av rapportering vid säng och gavs möjlighet att engagera sig i sin egen vård. Det byggdes en god relation mellan patient och vårdare vilket gjorde att patienten blev mer bekväm i att uttrycka sina önskemål.
9	<p>Titel: ”They do what they think is the best for me.”Frail elderly patients” preferences for participation in their during hospitalization.</p> <p>Författare:</p>	Att fördjupa kunskapen om äldre sköra patienters önskan om att vara delaktiga i medicinska ställningstaganden under sjukhusvistelse	Intervju med 15 sköra äldre patienter med tre eller fler medicinska diagnoser. De hade haft tre eller fler vårdtillfällen på akutsjukhus det senaste året. En intervju mall utformades som testades på fyra patienter. Justeringar	Patientgruppen svaga äldre önskar information om vad som setts i prover och vad som kommit fram i utredningar. De önskar inte vara delaktiga i beslut om sin medicinska behandling. De ser sjukvården som en institution med makt med vilken de inte kan argumentera. Delaktigheten försvåras av att det är

	<p>Ekdahl, A., Andersson, L. & Friedrichsen, M.</p> <p>Tidskrift: Patient Education and Counseling</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: Sverige</p>		<p>gjordes innan intervjuerna genomfördes. De spelades in och skrevs ut.</p> <p>Kvalitativ studie med innehållsanalys av semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>många personer involverade i vården som inte känner patienten och hans möjligheter, olika behandlingsstrategier bland läkare, hög patientomsättning på sjukhus, stressad personal och språkliga problem på grund av att läkarna inte alltid talar patientens eget språk.</p>
10	<p>Titel: Patient participation in patients with heart failure receiving structured home care – a prospective longitudinal study.</p> <p>Författare: Näsström, L., Jaarsma, T., Idvall, E., Franzén Årestedt, K. & Strömberg, A.</p> <p>Tidskrift: BMC Health Services Resarch</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att beskriva vad strukturerad hemvård hade för betydelse för patientdelaktighet över tid hos patienter med diagnosen hjärtsvikt och att förklara faktorer som är av betydelse för delaktighet i vårdandet.</p>	<p>Metoden var att följa upp patienter som vårdats i hemmet enligt strukturerat program för vård av patient med hjärtsjukdom. Data samlades in och uppföljning av denna gjordes efter 1, 3 och 12 månader i form av ett frågeformulär. Man frågade efter egenvårdsmöjligheter, kunskap, symtom på depression. Socio demografiska och kliniska egenskaper mättes för att undersöka faktorer som är förknippade med patientmedverkan.</p>	<p>Etthundra patienter med hjärtsvikt som fick strukturerad hemvård ingick. Medelåldern var 82 år, 38 var kvinnor och 80 var i New York Heart Association funktionsklass III. Patienter som erhöll information visade en betydande förändring över tid vad gäller delaktighet och hade ökat både vid sex och tolv månaders mätning. Bättre egenvårdsförmåga uppmättes vid alla mätningarna som också är ett mått på delaktighet. De yngre, manliga patienterna som var sammanboende upplevde mindre symtom på depression.</p>