



**Patientens upplevelse av delaktighet
i patientsäkerhetsarbetet avseende
handhygieniska rutiner - en
kvalitativ intervjustudie**

**The patient's experience of
participation in patient safety work
regarding hand hygiene routines – a
qualitative interview study.**

Examensarbete för magisterexamen med
huvudområdet Folkhälsovetenskap

Avancerad nivå 15 högskolepoäng

Höstterminen År 2023

Student: Alexander Klintmalm

Handledare: Ninitha Maivorsdotter

Examinator: Sakari Suominen

SAMMANFATTNING

Titel:	Patientens upplevelse av delaktighet i patientsäkerhetsarbetet avseende handhygieniska rutiner – en kvalitativ intervjustudie.
Författare:	Alexander Klintmalm
Avdelning/Institution:	Avdelningen för folkhälsovetenskap, Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete inom folkhälsovetenskap: Smittskydd och vårdhygien A1E, 15 hp
Handledare:	Ninitha Maivorsdotter
Examinator:	Sakari Suominen
Nyckelord:	Patientdelaktighet, patientsäkerhet, Delaktighet, Säker vård, handhygieniska rutiner

Sammanfattning

Introduktion

Flertalet studier, organisationer och styrande myndigheter uppmanar vårdgivarna att stärka patientsäkerheten genom att öka möjligheten för patientmedverkan i vården. Det finns dock inte någon vägledning angående hur denna patientmedverkan ska gå till, eller om det föreligger några specifika hinder gällande införandet av patientmedverkan i vården. Föreliggande studie undersöker patientens upplevelse av delaktighet i patientsäkerhetsarbetet avseende handhygieniska rutiner på sjukhus.

Syfte

Att beskriva patienters upplevelse av delaktighet avseende handhygieniska rutiner utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Metod

Kvalitativ metod med datainsamlingen genom djupintervjuer. Deltagarna i studien (n=7) rekryterades genom gate-keeper vid ett större sjukhus i Stockholmsområdet. Insamlad data analyserades genom innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) samt genom health literacy analys utifrån Palumbo (2017). I denna studie har patienter deltagit som informanter och författaren har nyttjat studentundantaget i enlighet med Etikprövningsnämnden (2023).

Resultat

Informanterna uppgav att bristen på korrekt, motiverade och upplysande information påverkar deras möjlighet till delaktighet i deras vård och behandling samt i deras möjlighet till att följa handhygieniska rutiner. De beskriver en outalad maktbalans mellan vårdpersonal och patienter som de största hindren för att de kunde delta i sin vård och behandling. Resultaten visar också att patienten har goda förkunskaper och en villighet att aktivt delta men att de inte alltid får den möjligheten.

Slutsats

Informanterna i studien uppger hinder för att kunna delta, samtidigt som de uppger villighet att delta utifrån sin egen förmåga. Utifrån resultatet kan kliniska åtgärder genomföras som tillgodoser patienternas behov av information och möjlighet till delaktighet.

ABSTRACT

Title: The patient's experience of participation in patient safety work regarding hand hygiene routines – a qualitative interview study.

Author: Klintmalm, Alexander

Dept./School: Department of Public Health, School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Public Health Science: Infection Prevention and Control A1E, 15 ECTS

Supervisor: Ninitha Maivorsdotter

Examiner: Sakari Suominen

Keywords: Patient safety, Patient participation, Hand hygiene

Abstract

Introduction

Multiple scientific studies, government agencies and international organization that focus on global- and public health, calls on healthcare providers to strengthen their work on patient safety by increasing patient empowerment and patient participation. There are few to no guidelines, on how this empowerment and participation work should be planned and execute or whether obstacles that should be addressed in the planning period are present. This study will examine the patient's perspective on empowerment, patient participation and patient safety regarding hand hygiene routines in hospitals.

Aim

To describe the patients' view on participation in hygiene routines from a patient safety perspective.

Methods

Qualitative method with data collection by in-depth interviews. Participants (n=7) were recruited via gate-keepers at a large hospital in the Stockholm area. Data were analyzed through content analysis according to Graneheim och Lundman (2004), and by using a health

literacy analysis with Palumbo's (2017) terminology. The informants in this study consists of hospital patients, and the author applied the student exemption according to the national Board of Ethics (Etikprövningsnämnden, 2023).

Results

The informants reported lack of motivation, and useful information as well as the unspoken balance of power between healthcare staff and patient, as the greatest obstacles to being able to participate in own care, treatment and willingness to participate in hand hygiene routines. The result also shows that the patients already possess empowerment, know-how and a willingness to actively participate, but they are not always offered the opportunity to participate.

Conclusion

The informants in the study state that there are obstacles in present care. This makes it harder for them to participate. At the same time, they signal a willingness to participate based on their own ability. Based on the results, clinical measures can be implemented that satisfy the patients' need for information and an opportunity for participation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INTRODUKTION	1
2	SYFTE	6
3	METOD	6
3.1	Studiepopulation	6
3.2	Urval.....	6
3.3	Datainsamling.....	6
3.4	Dataanalys	8
3.5	Etiskt övervägande	10
3.6	Hantering av personuppgifter och material	11
4	Resultat	12
4.1	Hinder för delaktighet	12
4.2	Förutsättningar för delaktighet	13
4.3	Patientsäkerhet.....	14
4.4	Möjlighet att påverka.....	14
5	DISKUSSION	15
5.1	Resultatdiskussion.....	15
5.2	Metoddiskussion	18
5.3	Slutsats.....	21
5.4	Förslag till vidare forskning.	22
6	REFERENSER	23
7	Bilaga 1, Förfrågan till verksamhetschef	26
8	Bilaga 2, Information och Samtycke informanter	28
9	Bilaga 3, Frågeformulär	30
10	Bilaga 4, information till gate-keeper	31

1 INTRODUKTION

Patientsäkerhet och vårdskador

Sedan införandet av patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) och patientlagen (SFS, 2014:821) har patientsäkerhetsarbetet inom vården formaliserats och standardiserats. Lagen trädde i kraft 2011 respektive 2015 och syftar till att minska andelen vårdskador, höja patientsäkerheten i vården samt skapa förutsättningar för att patienten ska göras delaktig i vården. Dessa lagar definierar bland annat vårdgivarens ansvar och skyldigheter med att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, som i sin tur innebär att vårdgivaren ska anmäla vårdskador till inspektionen för vård och omsorg, men även ha ett system för att proaktivt åtgärda vårdskador innan de uppstår. Detta innebär även att patienten ska göras delaktig och användas som resurs inom området. Lagarna beskriver även att vården ska bygga på den vetenskapliga evidens och den beprövade erfarenhet som finns inom området, samt att vården ska så långt som möjligt utformas i samråd med patienten. Socialstyrelsen (2020) lyfter i sin rapport ett antal faktorer där patientmedverkan behövs för att stärka patientsäkerheten ytterligare, samt att en av grundförutsättningarna till att vården ska anses som säker är att involvera patienter och anhöriga i det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Rapporten påtalar även patientens individuella behov av information och möjlighet till delaktighet utifrån dennes egna förmåga både inför, under och efter sin sjukhusvistelse. Men rapporten påtalar också vikten av att ge patienten verktyg och förståelse för vilka processer som denna kan påverka. Patienten kan då bidra till att förbättra vårdförloppet genom att lyfta brister eller potentiella förbättringar från sitt eget perspektiv (Socialstyrelsen 2020).

Socialstyrelsen (2020) lyfter även i sin rapport att trots införandet av patientsäkerhetslagen (2010:659) och införandet av kravet på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete så drabbas fortfarande patienter inom vården av vårdskador. Estimeringarna från Socialstyrelsen (2016, 2020) och Sverige kommuner och regioner, förkortat SKR (2019), visar att cirka 100 000 personer per år drabbas av en vårdskada. För ungefär en tredjedel av dem som drabbas av en vårdskada består skadan av en vårdrelaterad infektion förkortat VRI (Socialstyrelsen 2016; SKR 2019). Detta är inte bara kostsamt för samhället, utan medför även ett stort lidande för den individuella patienten som drabbas. Estimeringar visar att cirka 30-50% av alla VRI skulle kunna förhindras, men detta är inte enkelt då VRI är ett multikomplex problem utan en enkel lösning. Forskning inom området visar att faktorer som har stor betydelse för att minska andelen VRI inom vården är: handhygien, patientmedverkan samt följsamhet till redan etablerade rutiner för att minska risker för vårdskador (Socialstyrelsen 2016; SKR, 2019; WHO 2009; WHO 2022b; Allegranzi & Pittet 2009; Pan et al. 2013).

Patientmedverkan som påverkande faktor

Butenko et al. (2017) uppger i deras sammanställning av studier inom området att patienter iakttar och observerar händelser mer än vårdpersonal är medvetna om. Patienter som är välinformerade om rutiner och hur något ska ske kan agera självständigt för att minska risken för att drabbas av VRI. Dock visar även Butenko et al. (2017) att patienterna inte alltid blir lyssnade på och att det kan finnas en maktposition mellan vårdgivare och vårdtagare som ibland är så stark att den är svår att överbrygga. Detta gör att patienten avstår från att peka ut felaktigheter då de inte vill riskera att få sämre vård eller bemötande. Även patientens upplevelse av kunskapsbrist inom ämnet kan göra att de hellre avstår än utpekar brister då

dem upplever sig ha svårigheter i att kunna påverka eller ens bedöma om det är en brist. Detta styrks även av Maxfield et al. (2005) som visar att vårdpersonal har svårt att diskutera brister till följsamhet till etablerade rutiner med varandra med hänvisning till att bli utfrysad från arbetsgruppen för att de anses som besvärliga. Socialstyrelsen (2020) uppmanar dock starkt till att denna funktion behöver förbättras om vi ska komma vidare med patientsäkerhetsarbetet.

Handhygieniska rutiner som påverkande faktor

Handhygieniska rutiner har i dagens hälso- och sjukvård en central roll och är till och med lagstadgad enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Denna föreskriver att hälso- och sjukvård ska bygga på en god hygienisk standard. Socialstyrelsen definierar begreppet god hygienisk standard i föreskriften SOSFS (2015:10) där begreppet basala hygienrutiner som bland annat innefattar praxis för god handhygien återfinns. Således behöver alla instanser som bedriver någon form av vård också arbeta utefter dessa rekommendationer eftersom kravet på god vård måste uppfyllas. Handhygien och hygieniska rutiner har en central roll inom hälso- och sjukvård men lyfts även som en viktig aspekt utanför vården inom folkhälsoperspektivet (Folkhälsomyndigheten 2022).

World Health organisation förkortat WHO (2022a) beskriver begreppet one health som ett sätt att förklara den komplexitet där människan som individ eller grupp samspelar med djuren, naturen och ekosystemet. Förändringar som sker inom någon av dessa delar påverkar de andra delarna och WHO (2022a) menar att en balans inom dessa områden behöver eftersträvas för att uppnå en god hälsa. WHO (2022a) lyfter att handhygieniska rutiner är en viktig aspekt inom området one-health för att förhindra spridningen av smitta mellan djur och människa men också mellan människa och människa. WHO (2022b) lyfter i sin rapport att handhygien är en av grundpelarna till att minska smittspridning både inom vården men också i samhället. Folkhälsomyndigheten (2023) beskriver även i sin rapport att handhygien har en roll inom hälsofrämjande arbete och relaterar till de åtta målområden som tas upp i rapporten. Handhygien som hälsofrämjande effekt påverkar alla områden oavsett socioekonomisk eller social status. Funktionen i att individen själv kan aktivt skydda sig mot smitta bidrar till en större jämlikhet och ökad personlig medvetenhet.

WHO (2009) lyfter i sin rapport att patienten även behöver involveras i arbetet för att minska riskerna för VRI. Detta stärks även av Sande-Meijide et al. (2019) och Grota et al. (2020) som i sina studier påvisar att patientinvolvering kan ge upphov till förbättrad följsamhet till handhygieniska rutiner på sjukhus hos både vårdpersonal och patienter.

Följsamhet till etablerade rutiner gällande handhygien som påverkande faktor

WHO (2022b) lyfter i sin rapport att handhygieniska rutiner som faktor är fundamental för att kunna minska risken för VRI inom vård. Dock visar rapporten även att följsamheten till dessa rutiner från vårdpersonalens håll inte alltid är tillräckliga. Detta bekräftas av Allegranzi & Pittet (2009), Pan et al. (2013), Lastingher et al. (2017) som påvisar i sina studier att personal inom vården har svårt att upprätthålla följsamhet till basala hygienrutiner över tid. Enligt SKR (2023) har Sverige idag en följsamhet till basala hygienrutiner, kring cirka 81% vilket är högre nu än när mätningarna påbörjades 2010 då siffran låg på 62%. Dock visar rapporten att vid nerbrytning till yrkesgrupper så ses att de grupper som arbetar närmast patienten står för cirka 67-78 % följsamhet vilket är längre än det nationella snittet. SKR (2016) påpekar i sin rapport att problematiken med följsamhet till rutiner och riktlinjer inte är ny inom hälso- och sjukvården. Detta beror på flertalet faktorer som påverkar individerna som arbetar i den miljön. Rapporten lyfter dock ett antal faktorer som påverkar följsamheten positivt. Dels är

det en patientsäkerhetskulturen på kliniken, avdelningen eller sjukhuset där vård bedrivs. En aktiv ledning som leder arbetskulturen till att öka följsamhet till rutiner och rekommendationer som påverkar uppkomsten av VRI ska vara självklar och prioriterad. Här lyfts vikten av utbildning till personalen som en faktor som påverkar uppkomsten av VRI. Denna information och delaktighet i arbetet kring VRI bör genomsyra verksamheten och då ökar följsamheten och samtidigt minskar riskerna för VRI hos patienten. Information och delaktighet i patientsäkerhetsarbetet på alla nivåer inom vården identifieras som avgörande för att minska andelen VRI som uppkommer (SKR, 2016).

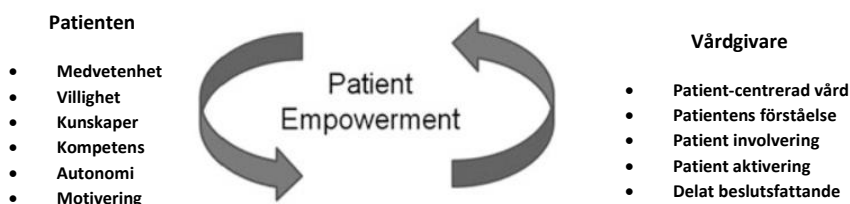
Teoretisk referensram

Health literacy används som teoretisk referensram till projektet eftersom denna beskriver en process som utvecklar kunskap och färdigheter som i sin tur uppmuntrar individer att uppmärksamma, förstå och använda information, som kan påverka deras egen hälsa på individnivå men även på grupp- och samhällsnivå. Nutbeam (2000), Santana et al. (2021) och Plumbo (2017) förklarar health literacy som ett begrepp som beskriver människors behov av kunskap, kompetens och förståelse för ett problem som kan användas för att förbättra sin hälsa. Denna kunskap, kompetens och förståelse är avgörande för att individen ska kunna göra val som kan förbättra hälsan men även att kunna göra val som påverka hälsa på grupp- och samhällsnivå. Nutbeam (2000) uppger även att health literacy kan beskrivas utifrån tre dimensioner så som funktionell, interaktiv och kritisk health literacy. Palumbo (2017) utvecklar detta ytterligare och beskriver patientens möjlighet till stärkt egenmakt utifrån begreppen medvetenhet, villighet, kunskaper, kompetens, autonomi och självbestämmande.

Palumbo (2017) beskriver att patienter genom information och lärande kan utveckla den kompetens och kunskap som behövs för att kunna göra aktiva val över sin hälsa och sitt hälsotillstånd. Detta gör dem medvetna om sin egen hälsa och utefter det bibehålla sin autonomi och självbestämmande även i sjukdom. Palumbo (2017) lyfter dock att information och lärande inte i sig enbart är lösningen för individen utan hänsyn behöver tas till individens villighet att faktiskt delta i sin vård och hälsoutveckling. Det kan vara svårt för individen att se vilka specifika åtgärder denna kan göra för att förbättra sin hälsa, således behövs även motivation till att göra exempelvis livsstilsförändringar och sådant som påverka hälsa positivt. Patienten kan behöva aktiv vägledning till att kunna hitta motiveringen till att utföra livsstilsförändringar som påverkar hälsa positivt.

Palumbo (2017) menar även att det finns två delar, där patienten är en del och vården som funktion är en annan. Detta beskrivs som ett förhållande mellan den som behöver vård och den som ger vård. Dessa två delar tillsammans verkar för att stärka patients egenmakt. Om dessa inte adresseras tillsammans kan inte egenmakt på ett optimalt sätt stärkas. Således är det frågan om en process som både kan förbättra och stärka patienten, men som också potentiellt kan försämra vården av patienten om dessa delar inte hanteras samtidigt. Palumbo (2017) lyfter att patientdelaktighet bygger på att det finns en etablerad funktion som tillåter och uppmuntrar involvering samtidigt som patienten behöver kunskap och verktyg för att kunna delta (se figur 1).

Figur 1, översatt till svenska från original (Palumbo, 2017)



Palumbo (2017) beskriver även att detta gjort att det finns många olika tolkningar om vad exakt patientinvolvering är och hur bra det faktiskt är för patienten. Detta eftersom det bygger på en mer komplex relation av faktorer än enbart patientens vilja och kunskap för att medverka. Palumbo (2017) lyfter att patientdelaktighet till och med kan vara skadligt för patienten om denna inte vill eller kan aktivt delta, då vården som funktion då har lämnat över ansvaret till patienten. Detta skapar enligt Palumbo (2017) möjlighet till utanförskap till vård och kan främja en ojämlig hälsa istället för att göra den jämlik. Dock betonas det att när patientinvolvering fungerar så förbättras både patientens och vårdens förutsättningar för att kunna göra helheten bättre för båda parter (Palumbo, 2017).

Health literacy stärker således individens egemakt och delaktighet och beskriver hur dessa kan användas för att förbättra hälsa både hos individen men även på grupp- och samhällsnivå (Nutbeam, 2000; Plumbo 2017). Nutbeam (2000) lyfter även att hälsoinformation inte bara kan ges till individer utan det måste säkerställas att informationen tas emot och kan användas. Det behövs således utrymme för att kunna verka för att hälsa ska kunna förbättras. Santana et al. (2021) menar att framtidens forskning med fokus på health literacy behöver involvera patienten för att få en förståelse för hur information förs ut tolkas och omsätts i praktiken på individnivå.. Detta ger även utrymme för att göra hälsa mer jämlik eftersom informationen behöver delges på ett personcentrerat sätt till varje individ. Det viktiga är inte att informationen ges distribuerat, utan att den förstås av mottagaren (Santana et al. 2021). Detta skulle göra att fler individer upplever sig delaktiga i sin hälsa och att de har möjlighet att påverka den utifrån de individuella förutsättningarna som råder.

Folkhälsovetenskaplig relevans och hållbarhetsutveckling

Folkhälsomyndigheten (2023) delar upp den svenska folkhälsopolitiken i åtta målområden. Föreliggande studie ämnar beröra tre delar av dessa inom studien. Patienter behöver ha tillgång till kunskap, kompetens och utbildning gällande sitt individuella hälsotillstånd men även de faktorer som påverkar hälsan på grupp och samhällsnivå. Utifrån denna kunskap kan individen göra egna val för sin individuella sjukdom eller hälsotillstånd men även inom valet av preventiva åtgärder för att inte riskera att bli drabbad av en VRI. Med kunskap om hur en VRI uppstår och vilka preventiva åtgärder som finns tillgängliga kan patienten på ett mer jämlikt och jämbördigt sätt ta kontroll över och nyttja sitt eget inflytande för att bli delaktig i vården runt sig själv och andra. Denna patientdelaktighet inom vården bidrar till ett ökat säkerhets tänk kring patienterna men skapar också förutsättningar för dialog och ökad trovärdighet för hälso- och sjukvården som funktion. Detta bidrar även till synergieffekter som minskat lidande, bättre resurshantering och i slutändan till att liv kan räddas (Folkhälsomyndigheten, 2023).

I en tid av ökad efterfrågan på vård och vårdensresurser inte är oändliga behöver patienten involveras i patientsäkerhetsarbetet för att kunna upprätthålla en god och säker vård även i framtiden. Ett verktyg för att skapa denna möjlighet är digitalisering och med detta möjligheten att intrigera, kommunicera och informera utan att spendera större resurser eller tid. Detta verktyg bidrar även till att skapa förutsättningar för hälsa och jämlikhet än tidigare eftersom vården som funktion nu blir mer tillgänglig. Detta knyter an till målområde 3,4,5 och 10 i Agenda 2030 som Förenta nationerna har satt upp som mål för att skapa ett hållbart samhälle och som Regeringskansliet (2018) presenterar i den svenska handlingsplanen för att nå målen i Agenda 2030. Som ett sätt att uppnå dessa mål via digitala verktyg har SKR (2022) skapat en plan för förbättrad e-hälsa. Ett av huvudmålen med projektet är att göra vården mer tillgänglig för patienten genom digitalt verktyg. Tanken är att patienten ska kunna bli mer delaktig i sin vård och behandling genom att öka tillgängligheten till information och minska problematiken med dålig tillgänglighet. Paradoxalt nog visar en nyligen publicerad

avhandling av Nilsson (2023) att äldre människor i Sverige upplever ett större utanförskap på grund av digitalisering än vad som tidigare har kunnat visats. Äldre människor är också då paradoxalt nog den huvudmålgrupp som SKR (2022) projekt inom e-hälsa är tänkt att hjälpa. Här uppstår precis denna problematik som Palumbo (2017) beskriver när det kommer till patientinvolvering. Vården skapar digitala verktyg för patientinvolvering och patienten förväntas delta samtidigt som förutsättningar för att patienten ska kunna delta inte är tillräckligt utbyggda för att kunna inkludera alla individer. Detta i sig leder till ojämlikhet när det kommer till tillgängligheten till vård. Detta visar på komplexiteten i att involvera patienten i sin vård och behandling.

Definition av begrepp relevanta för studien

Studien undersöker patienters upplevelse av delaktighet avseende hygienrutiner utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Relevanta begrepp inom studien är således: delaktighet, hygienrutiner samt patientsäkerhet. I föreliggande studie används följande begreppsdefinition:

Delaktighet – En process där patienter har möjlighet att aktivt delta i sin vård, behandling och ges möjlighet att komma med synpunkter på vad de upplever som brister eller förbättringar. Detta för att skapa förutsättningar för att göra vården säkrare och mer inkluderande på patientens villkor (Socialstyrelsen, 2020).

Handhygieniska rutiner – Genom att tvätta och desinficera sina händer kan patienten skydda sig själv mot smitta i sjukhusvården men även i samhället. Detta innefattar också en medvetenhet om att rena händer genom handtvätt eller desinficering är en faktor för att minska risken att bli utsatt för smitta, både på sjukhus och i samhället (WHO, 2009; WHO, 2022b; Folkhälsomyndigheten, 2022).

Patientsäkerhet – En övergripande process som innefattar ett systematiskt arbete med att minska risken för att patienter inom vården, utsätts för vårdskador (Socialstyrelsen, 2020).

Problemformulering

Socialstyrelsen (2020), Butenko et al. (2017), Sande-Meijide et al. (2019) och Grota et al. (2020) påvisar i sina studier, att patienten behöver få möjlighet att involveras i patientsäkerhetsarbetet för att minska risken för att drabbas av VRI men har svårigheter att få delta. En faktor, som påverkar förekomsten av VRI, är följsamheten till basala hygienrutiner inom vården. Där studier av bland annat Butenko et al. (2017), Sande-Meijide et al. (2019) och Grota et al. (2020) visar att patienten kan upptäcka brister och påpeka dessa i ett tidigt stadium för att minska risken för att VRI uppstår om det finns förutsättningar för detta. Socialstyrelsen (2020) uppmanar aktivt alla vårdgivare att fortsätta med sitt patientsäkerhetsarbete och anmodar att involvera patienterna i detta arbete. Dock saknas idag tillräckligt med studier inom ämnet som lyfter patientens perspektiv på frågan om möjlighet till delaktighet. Finns det idag förutsättningar för patienten att kunna bli delaktig i patientsäkerhetsarbetet i den kliniska vården? Föreliggande studie syftar till att undersöka om patienterna upplever sig har förutsättningar för att vara delaktiga.

2 SYFTE

Att beskriva patienters upplevelse av delaktighet avseende handhygieniska rutiner utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

3 METOD

Kvalitativ intervjustudie med en beskrivande design. Polit och Beck (2017) beskriver att en studie med kvalitativ ansats genom djupintervjuer är lämplig som metod för att få en djupare och mer detaljerad förståelse för det som undersöks. Metoden är lämplig för att ge en fördjupad undersökande bild av ett komplext fenomen som annars kan vara svårt att studera.

3.1 Studiepopulation

Vuxna patienter inom slutenvården i Region Stockholm. Studiepopulationen är avgränsad för att kunna svara på studiens syfte inom uppsatt tidsram för examensarbetet.

3.2 Urval

Strategiskt ändamålsurval med hänsyn till inklusion- och exklusionskriterier i enlighet med Polit och Beck (2017).

Inklusionskriterier:

- Informanten ska vara en vuxen person, 18 år eller äldre. Detta för att personen ska vara myndig och därmed själv kunna besluta om deltagande i studien.
- Informanten ska vara inskriven inom slutenvården på sjukhus. Detta för att kunna besvara studiens syfte.
- Informanten ska ej ha någon kognitiv påverkan som försvårar eller hindrar förståelsen av studiens syfte och frågor.
- Informanten ska förstå och tala det svenska språket.

Exklusionskriterier:

- Patienter som vårdas på akutmottagning, intensivvården eller liknande vårdnivå där akuta insatser kontinuerligt behövs.
- Patienter som inte har ett stabilt vårdtillstånd.

3.3 Datainsamling

Kvalitativa djupintervjuer med stöd av en intervjuguide bestående av öppna semistrukturerade frågor i enlighet med vad Polit och Beck (2017) beskriver.

Rekrytering av informanter

Kontakt togs via mail med verksamhetschef för tre potentiella verksamheter där studien skulle kunna genomföras (se bilaga 1). Verksamheterna valdes baserat på forskarens förkunskap

inom vårdsystemet, vilket medgav att dessa specifika verksamheter skulle ha större potential att godkänna en klinisk studie med patienter som deltagare inom tidsramen för examensarbetet. En av dessa verksamheter godkände genomförandet av studien. De övriga tackade nej till att delta på grund av tids- och personalbrist. Efter godkännande kontaktades chefsjuksköterska på enheten för att se om det fanns möjlighet att genomföra studien på deras enhet samt att skapa kontakt med en person som kan fungera som klinisk ansvarig för studien på plats. Därefter informerades den kliniskt ansvariga personen på enheten om hur identifiering av möjliga informanter till studien bör ske (se bilaga 4).

Föreliggande studie använde sig således av så kallade gate-keepers för att nå potentiella informanter till studien. En gate-keepers är en person eller funktion som har tillgång till och som hjälper forskaren att hitta och identifiera potentiella informanter som passar studiens urval (Polit & Beck, 2017). Totalt kunde 8 informanter rekryteras till studien under den pågående tidsperioden som rekrytering skedde. 1 informant valde att avstå från vidare deltagande vid senare kontakt av ansvarig för studien. Totalt 7 informanter deltog i studien och detta faller inom ramen för minsta antal deltagare som Högskolan i Skövde (2020) har gällande examensarbete med kvalitativ inriktning. Studien har inte samlat in uppgifter gällande informanternas bakgrund som, kön, ålder, utbildning, vårdtid. Detta eftersom studien nyttjar det så kallade studentundantaget gällande etiskt tillstånd för studier genomförda på patienter. Genom att inte samla in denna form av information så minskar risken för att informanterna i studien ska kunna kopplas till sina respektive svar.

Information till deltagarna

De informanter som uppgav ett intresse av att delta i studien, erhöll skriftlig information (se bilaga 2) samt muntlig information gällande studiens bakgrund, syfte och vad det innebär att delta i studien. Informationen omfattade även vad den insamlade datan kommer att användas till och hur informantens identitet förblir konfidentiell för alla utom utföraren av studien. Även information om studiens huvudman, kontaktuppgifter till ansvariga för studien samt rätten till den information som lämnas och rätten att avbryta deltagande utan någon förklaring gavs. Detta är i enlighet med Polit och Beck (2017), Vetenskapsrådet (2017) samt Högskolan i Skövde (2020) riktlinjer gällande examensarbete.

Pilotintervju och gruppfeedback

Två pilotintervjuer genomfördes vid studiens start för att kontrollera om intervjufrågorna var korrekt utformade för att svara på studiens syftet. Pilotintervjuerna är även till för att säkerställa trovärdighet och att informanten förstår vad frågorna eftersträvar (Polit & Beck, 2017). För att tidsoptimera föreliggande studie tillfrågades två informanter som matchade studiens inklusions- och exklusionskriterier och som den ansvarige för studien själv kunde kontakta utan att gå via en gate-keeper. Pilotintervju genomfördes för att testa det preliminära frågeformuläret som framtagits gällande studiens djupintervjuer. Efter genomförandet justerades frågorna något för att bli tydligare för informanterna (se bilaga 3). Exempelvis så tillkom fråga 1 samt omformulerades fråga 3 till följande form: Finns det något som du upplever, istället för den tidigare formen, Upplever du att det finns något. Detta eftersom informanterna i pilotintervjun upplevde den ursprungliga frågan som otydlig.

Efter pilotintervjuernas genomförande presenterades en exempelanalys, samt frågeformuläret på ett diskussionseminarium för övriga studenter inom kursen på högskolan. Efter seminariet

justerades frågeformuläret ytterligare för att göra detta ännu tydligare och för att anpassas ytterligare utifrån studiens syfte. Efter diskussionen så tillkom fråga 6 och 7 (se bilaga 3). Deltagarna i de två pilotintervjuerna inkluderas inte i studiens resultat eftersom de erhöll andra frågor än det färdiga frågeformuläret.

Genomförande av intervjuer

Intervjuerna inleddes med att informantenterna erhöll muntlig information gällande studiens syfte, information om samtycke till deltagande i studien samt erhöll sin unika kod för att garantera konfidentialitet. Informanterna informerades även igen om rätten till konfidentialitet och rätten att avbryta intervjun närhelst utan att behöva ange orsak. I enlighet med vad Vetenskapsrådet (2017) och Högskolan i Skövde (2020) föreskriver.

En digital ljudupptagare av märket Olympus, utan koppling till telefonnät eller datanät, användes för att säkerställa att inspelade intervjuer inte nås av obehöriga. Ljudupptagaren användes sedan av ansvarig för studien för att kunna transkribera det som sagts under intervjuerna i efterhand. Längden på intervjuerna varierade från 10 – 20 minuter och genomfördes under perioden, 30/10 till 15/12 2023.

Det inspelade materialet transkriberades i närtid till intervjutillfället i enlighet med vad Polit & Beck (2017) föreskriver. Ljudupptagningen transkriberades till ett word dokument som sparades på en separat hårddisk med lösenordsskydd, som bara användes när arbete med studien genomfördes.

3.4 Dataanalys

Transkriberat material analyserades genom en manifest innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

Efter transkribering läste forskaren materialet upprepade gånger för att skapa en djupare förståelse kring vad som sagts under intervjuerna, därefter påbörjades analysen. Vid analysering användes färgpennor i olika färger för att markera meningsbärande enheter som svarade mot studiens syfte och som sedan kunde kondenseras och markeras med en kod i enlighet med hur Graneheim och Lundman (2004) beskriver analysprocessen.

Varje transkribering hade sitt eget analyschema som innefattade meningsbärandenhet, kondenserad enhet och kod/koder. Detta för att forskaren skulle kunna gå tillbaka till texten för att säkerställa att viktig information inte gått förlorad under analysen. Efter sammanställning av koder analyserades dessa som grupp för att kunna identifiera likheter i koderna som kunde användas för att forma subkategorier och kategorier.

Koder, subkategorier och kategorier diskuterades med handledare för att minska risken för bias. Efter diskussion sammanfördes materialet i en excel tabell (se tabell 1) för att kunna överblicka helheten av analysen och kunna granska materialet ytterligare.

Därefter analyserades resultatet från ett health literacy perspektiv utifrån hur Palumbo (2017) beskriver begreppen: Medvetenhet, villighet, kunskaper, kompetens, autonomi och självbestämmande. Genom att granska de meningsbärande enheterna, koder, subkategorier och kategorier utifrån health literacy synsätt så kunde ett antal begrepp kopplas till varje enskild kategori. Dessa belyser dels komplexiteten i hur patienten ser på sin situation när det kommer till delaktighet men visar också på vilka hinder eller förutsättningar som faktiskt råder i dessa situationer (se tabell 2).

Tabell 1. Exempel analys,

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Health literacy analys (medvetenhet, villighet, kunskaper, kompetens, autonomi och motivering)
Jag tänker att patienten blir informerad om sitt tillstånd, plan, behandlingsplan och att man får vara med och påverka.	Patienten blir informerad om sitt tillstånd, behandling, plan och att man får vara med och påverka	Information, Möjligheter för att kunna delta.	Uppmuntrande information, Invit	Förutsättningar för delaktighet	Kunskap, villighet, kompetens, medvetenhet, motivering
Vissa i personalen var väldigt öppna med att det är helt ok att påtala brister eller liknande. Andra var inte lika öppna. Det skulle inte gå att påtala något för dom, då det kändes som att det skulle kunna hur resten av tiden skulle bli. Svårt att sätta ett finger på det direkt, det är mer en känsla	Viss personal var öppna med att det är ok att påtala brister. Andra inte så öppna. Gick inte att påtala brister på grund av risk för för påverkan av resterande vårdtid. En upplevd känsla	Maktbalans, hinder för att delta, invit, rädsla för reprisalier	Maktbalans, rädsla för sämre vård. Bristande information. Information om handhygieniska rutiner	Hinder för delaktighet	Kunskaper, medvetenhet, autonomi, kompetens, motivering
Patientsäkerhet för mig, är min egna säkerhet och att inte bli sjuk i något mer när jag är på sjukhus.	Patientsäkerhet är den egna säkerheten och att inte drabbas av vidare sjukdom eller skada i samband med vård	Medvetenhet, trygghet, lite på vården	Skydda sig själv	Patientsäkerhet	Kompetens, medvetenhet kunskap, autonomi, motivering
Jag är en del av min egen säkerhet, det är också mitt ansvar säga till om jag upptäcker något fel eller hur? Så det är både jag och personalen	Jag är en del av min egna säkerhet. Det är mitt ansvar att påtala brister eller om något är fel. Det är således ett delat ansvar mellan	Position, ansvar, trygghet, maktbalans, lita på vården	Möjligheter	Möjlighet att kunna påverka	Kunskaper, villighet, kompetens, medvetenhet

som har ett ansvar för min egen säkerhet	mig och personalen				
--	--------------------	--	--	--	--

Tabell 2, exempel health literacy analys.

Meningsbärande enhet	Kategori	Health literacy analys	Health literacy begrepp
Vissa i personalen var väldigt öppna med att det är helt ok att påtala brister eller liknande. Andra var inte lika öppna. Det skulle inte gå att påtala något för dom, då det kändes som att det skulle kunna hur resten av tiden skulle bli. Svårt att sätta ett finger på det direkt, det är mer en känsla	Hinder för delaktighet	Informanten uppger en kunskap och medvetenhet i att det föreligger en maktbalans som förhindrar deltagande. Denna maktbalans påverkar informantens autonomi. Informanten påvisar kompetens genom att här göra ett aktivt val i att avstå utan att fråga och detta i sin tur påverkar informantens motivation till att delta.	Kunskaper, medvetenhet, autonomi, kompetens, motivering

3.5 Etiskt övervägande

God forskning bygger på upprätthållandet av god forskningsetik. Genom att säkerställa god forskningsetik förblir forskningen som bedrivs trovärdig och hållbar. Detta säkerställer att skapandet av ny kunskap går till på ett etiskt korrekt sätt (Vetenskapsrådet, 2017). Studien beaktar de fyra huvudkrav som Vetenskapsrådet (2017) benämner som: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Informanternas uppgifter i föreliggande studie kommer att hanteras konfidentiellt. Detta eftersom informanterna inte har möjlighet att vara anonyma utan enbart konfidentiella. För att kunna tillmötesgå de etiska kraven som Vetenskapsrådet (2017) beskriver så erhöll informanterna skriftlig och muntlig information gällande deras rättigheter till sin egen information inom studien samt att deras deltagande bygger på frivillighet och att de när som helst kan välja att avbryta sitt deltagande utan att uppge varför. De fick även information om vad deras lämnade uppgifter kommer att användas till samt hur denna kommer att förvaras i väntan på analys samt publicering. Skriftligt samt muntligt samtycke inhämtas från varje informant innan datainsamlingen påbörjades, (se bilaga 2).

All information som informanterna lämnade aidentifierades och ersattes med nummer för att kunna garantera informanternas konfidentialitet. Enbart ansvarig för studien hade tillgång till kodningsdokumentet och när datan inte bearbetas så förvarades denna på ett sådant sätt att obehöriga inte hade tillgång till denna. Detta skedde genom inlåsning samt digitalt lösenordsskydd. När studien är godkänd och publicerad så kommer transkriberat samt inspelat material att destrueras i enlighet med Vetenskapsrådet (2017) rekommendationer.

Särskilda etiska aspekter som beaktas i detta projekt är följande: informanternas känslor i samband med intervjuerna och studentundantaget. Reflektion kring att kunna medverka i sin egna vård kan medföra ett mått av stress som påverkar individen under och efter genomförd intervju. Detta eftersom frågan kan beröra delar som anses som viktiga för individen och som individen inte fått, eller kunnat hantera på grund av andra omständigheter som maktbalans

mellan patient och personal som utför vården. Att diskutera frågor som berör möjligheter för deltagande kan väcka negativa känslor men även positiva känslor då frågan aktualiseras. Genom att ansvarig för studien fanns närvarande och tillgänglig efteråt för vidare diskussion gavs möjlighet för informanterna att kunna till viss del hantera eventuell stress som uppstått. Ansvarig för studien informerade även om att informanten även kan prata om sina känslor med kurator kopplad till vårdavdelningen. En annan skärskild etisk aspekt som beaktas av detta projekt är det så kallade studentundantaget gällande utförande av studier på människor, i detta fall patienter inom ramen för en magisterexamen. Etikprövningsnämnden (2023) beskriver att studentundantaget kan tillämpas om studien uppfyller de kriterier som Etikprövningsnämnden (2023) listar som skäligen för att kunna genomföra en studie på människor utan etiskt tillstånd. Föreliggande studie följer dessa uppsatta regler noggrant och studien är dessutom utformad på ett sådant sätt att om etiskt tillstånd skulle sökas för studien så skulle den uppnå samtliga kriterier på god forskningsetik, i enlighet med etikprövningsmyndigheten (2023) föreskrifter gällande tillämpandet av studentundantaget.

3.6 Hantering av personuppgifter och material

Informanter som valde att delta i studien, gav skriftligt samt muntlig samtycke (se bilaga 2). Blanketten utformades utifrån Högskolan i Skövdes (2020) riktlinjer samt anvisad blankett för informerat samtycke. Blanketten upprättades i två lika kopior där informanterna behöll den ena och ansvarig forskare för studien den andra kopian. Blanketten kodades och spardes på ett sådant sätt att enbart forskaren hade tillgång till denna.

Intervjuerna spelades in via en portabel inspelningsbar diktatfon som inte har någon form av internetuppkoppling. Inspelade intervjuer återfanns således enbart på diktafonen fram till dess att det överfördes till en lösenordskyddad hårddisk. Intervjuerna var kodade och inga uppgifter gällande informanterna fanns med i dessa.

Kodningsdokument och inspelat material återfanns enbart på den lösenordskyddade hårddisk som förvaras oåtkomlig så länge denna inte används av forskaren. Detta för att säkerställa informanternas integritet i enlighet med vad Vetenskapsrådet (2017) samt Högskolan i Skövde (2020) framtagna riktlinjer beskriver.

4 Resultat

Resultat från studien presenteras i löpande text med stöd av citat och översikt i tabell 3.

Tabell 3. Översikt kategorier och Health literacy analys.

Kategori	Health literacy analys utifrån Palumbo (2017)
Hinder för delaktighet	Kunskaper, medvetenhet, autonomi, kompetens, motivering
Förutsättningar för delaktighet	Villighet, kunskaper, kompetens, motivering
Patientsäkerhet	Kompetens, medvetenhet kunskap, autonomi, motivering
Möjlighet att påverka	Kunskaper, villighet, kompetens, medvetenhet

4.1 Hinder för delaktighet

Kategorin *hinder för delaktighet* beskrevs av informanterna som ett komplext samspel av faktorer som direkt eller indirekt påverkade deras möjligheter att vara delaktiga inom samtliga efterfrågade områden inom deras vård. Specifika faktorer som lyftes var brist på adekvat information, ingen specifik uppmuntrande motivering för deltagande eller tillåtelse att få delta. Informanterna beskrev även att det förekommer en outtalad maktbalans mellan vårdpersonal och patienten. Denna maktbalans utgör ett osynligt hinder för att patienter som grupp ska ges möjlighet att kunna delta aktivt. Inom kategorin kunde tre subkategorier identifieras och dessa benämndes som *maktbalans*, *bristande information*, *information om handhygieniska rutiner* och *rädsla för sämre vård*. Health literacy analysen påvisade: Kunskaper, medvetenhet, autonomi, motivering och kompetensen som faktorer som hinder för patientens delaktighet.

Informanterna uppgav att deras kunskapar inom vård och behandling var begränsade och detta i sig gjorde att de hade problem att dels kunna omsätta den information som de eventuellt fick om sitt tillstånd eller behandling men även att uppmuntrande information helt saknades vilket gjorde att de inte heller hade möjlighet att delta. En faktor som flera informanter lyfte, var att även om de fick information, så hade de inte möjlighet att få den fördjupad eftersom det krävdes tid för reflektion i samband med sjukdomstillståndet. Detta gav de en upplevelse av inte kunna ta beslut kring sin vård och behandling. En informant uttryckte den största hindret för att kunna bli delaktig:

Min kunskap, jag kan inte något om sjukvård. Då är det svårt att kunna vara med och påverka (Informant 1).

Informanterna var medvetna om denna kunskap- och kompetensbrist men upplevde samtidigt svårigheter i att få tillgång till både kunskap och kompetensutveckling under vårdtiden. Personalens tidsbrist, bristen på informationskällor men också svårigheter att bjudas in och motiveras till interaktion med vårdpersonalen lyftes som faktorer som skapade hinder för informanterna att delta. En informant uttryckte följande:

Jag skulle behöva mer information om hur eller på vilket sätt jag kan påverka för att kunna delta, nu är jag bara passiv och väntar (Informant 2).

Den outtalade maktbalansen mellan informant och vårdpersonal påverkade även deras vilja att aktivt söka den kunskap de behövde för att kunna bli delaktiga eftersom det potentiellt skulle kunna påverka deras fortsatta vård och behandling. Detta påverkade informanternas autonomi negativt.

Informanterna påtalade att handhygieniska rutiner var något som de själva kunde aktivt delta i om de hade erhållit information gällande vikten av handhygieniska rutiner. Vissa informanter hade erhållit information vid specifika tidpunkter under sin vårdtid eller av vissa individuella personer. Därfter hade dom aktivt tagit ansvar för sin egen handhygien utifrån deras egen förmåga under vårdtiden. Men bristen på information och invit gällande möjligheten till delaktighet inom området gjorde att informanterna i större utsträckning ställde sig passiva till att förbättra eller förändra sina personliga handhygieniska rutiner.

4.2 Förutsättningar för delaktighet

Kategorin *förutsättningar för delaktighet* beskrivs av informanterna som redan etablerade förutsättningar som påverkar på deras möjligheter att delta i sin vård och behandling. Inom kategorin återfinns två subkategorier som benämns som *uppmuntrande information* och *invit*. Informanterna beskriver att deras förutsättningar gällande delaktiga varierar beroende på vilken typ av information de erhåller men också om intraktionen med personalen tillåter delaktighet. Helath literacy analysen visade att kategorin innefattade flertalet faktorer så som: Villighet, kunskaper, självbestämmande, kompetens och motivering.

Vikten av uppmuntrande och vägledande information lyfts av informanterna som den viktigaste faktorn när det kommer till förutsättningar för att kunna bli delaktig. Korrekt och användbar information ger möjligheter för patienten att stärka sina kunskaper och sin autonomi utifrån vilka individuella förutsättningar som råder. Informanterna uppgav villighet i att delta, de kunde dock inte se exakt hur, utan inväntade vägledning från vårdpersonalen. En informant uttryckte att denna önskade delta men ställde sig passiv till dess att denna fick ett konkret uppdrag. När informanten erhöll motiverande och vägledande information om vad denna själv kan göra för att påverka sin egen vård, övergick passivitet till en mer aktiv fas där deras kompetens stärktes avsevärt.

För att nå denna aktiva fas uppgav informanterna ett stort behov av uppmuntrande och vägledande information samt fördjupad kunskap gällande deras sjukdom. Denna information skulle även önskvärt innehålla information om hur deras vårdtid kommer att se ut, vilka möjligheter de har för att kunna delta och till sist att det finns en naturlig invit till att få delta. Fanns dessa faktorer på plats så skedde deltagandet naturligt. Informanterna upplevde att detta naturliga deltagande gav en annan uppfattning av vad vård innebär och hur deras intraktion skulle kunna påverka vården både här och nu, men även i framtiden. En informant uttryckte:

Jag skulle nog försöka vara mer delaktig, påpeka vad som skulle kunna bli bättre i framtiden. Nu är man där och sedan går man hem. Det är allt (Informant 3).

En annan informant gav konkreta exempel på hur patienter skulle kunna göras mer aktiva i

att delta,

Att göra patienten delaktig är att ge information om att byta kläder, duscha, tvätta händerna, vikten av att inte ta på massa ytor i onödan. Man behöver informera om hygienbiten för alla patienter då det inte är självklart (Informant 5).

4.3 Patientsäkerhet

Kategorin *Patientsäkerhet* beskriver informanterna utifrån vad begreppet patientsäkerhet är och innefattar för de som patienter i vården. Subkategorierna som blev aktuella för denna kategori var *information* och *skydda sig själv*. Health literacy analysen visade följande påverkande faktorer: kompetens, medvetenhet, kunskap, autonomi, motivering.

Informanterna uppgav att de hade en viss förståelse och medvetenhet för begreppet patientsäkerhet innan deltagandet i studien. Fokus låg då på den egna tryggheten och säkerheten. Begreppet upplevedes av informanter som stort, svårt, komplext och att de själva hade liten möjlighet att själva påverka detta då det uppfattades som ett system som styrs på en högre nivå eller på en politisk nivå. Vissa informanter hade dock erfarenhet av kontakt med vården sedan tidigare och dessa hade en annan bild av möjligheten till att kunna påverka patientsäkerheten. De uppgav även mer konkreta aspekter av patientsäkerhet där påverkan var direkt möjlig. En informant uttryckte:

Jag är del av min egen säkerhet och mitt ansvar är att säga till om något är fel eller om jag upptäcker fel. Det är alltså ett delat ansvar mellan mig och personalen (Informant 5).

I denna kategori lyftes även information om hur patienten kan påverka patientsäkerheten som en viktig faktor. Om adekvat information fanns tillgänglig så öppnade det upp för möjligheten att påverka men även att förstå patientsäkerhet som begrepp. Vikten av adekvat information i denna kategori verkar vara avsevärt högre då det leder till ökad kunskap, kompetens och medvetenhet. Som i sin tur ger en stärkt autonomi och motiverande till att aktivt delta. En informant som tidigare varit i kontakt med vården vid ett flertal tillfällen uttryckte att insikten i vad patientsäkerhet är och hur denna kan påverkas för att vården ska bli säkrare för alla patienter gjorde att hen nu aktivt sa till när personalen gjorde fel eller när rutinerna brister.

jag påtalade att dom gjorde fel till deras chef, det är också min säkerhet som det gäller (Informant 6)

4.4 Möjlighet att påverka

Kategorin *möjlighet att påverka* beskrivs av informanterna som deras uppfattning av hur de kan påverka sin vård och behandling. Subkategorier som identifierades inom denna kategori är *maktbalans* och *patientens position*.

Health literacy analysen visade att faktorerna, kunskaper, villighet, kompetens och medvetenhet ligger till grund för informanternas möjlighet till att kunna påverka den vård som de erhåller. Det som skiljer denna kategori från de övriga kategorierna i analysen är att möjligheten att påverka lyfter de subtila fynd som informanterna uppger som både hinder och

som möjligheter till att kunna delta i sin vård och behandling, både här och nu men även i framtiden. Informanterna uppgav att de är villiga att vara med och påverka utifrån deras situation, kunskap och kompetens. De vill gärna påverka vården för att den ska bli bättre, men upplever sig inte få den invit, motiverande information eller vägledning för att kunna påverka. Den outtalade maktbalansen som föreligger i vård är inte knuten till en viss individ eller profession utan berör delar av hur vården fungerar rent strukturellt.

Informanterna uppgav att de saknar kunskap och kompetens för att avgöra om en behandling är korrekt eller felaktig vilket gör att de ställer sig passiva i större utsträckning eftersom det förekommer en rädsla för särbehandling. Informanterna var således medvetna om detta och gjorde ett aktivt val i att vara passiv även fast det kanske inte känns rätt. Informanterna som hade erfarenhet av vård sedan tidigare, upplevde en bättre kunskap och kompetens kring vad som är korrekt utfört och inte. Det blev då lättare för dessa att föra dialog med vårdpersonalen om vad som blivit fel eller vad som skulle kunna blivit bättre. Dessa informanter har således stärkt sin autonomi och egenmakt genom kunskap och erfarenhet. Vilket gör att de upplever att maktbalansen inte längre är ett hinder för dialog. En informant uttryckte följande:

Genom kunskap så kan jag vara med och påverka. Exempelvis så har folk handskar på sig men inte något förkläde och så är dom patientnära. Men jag är ju inte smittsam? Går dom runt med dom där handskarna hela dagen kanske? (Informant 5).

5 DISKUSSION

5.1 Resultatdiskussion

Föreliggande studie syftade till att beskriva patienters upplevelse av delaktighet avseende handhygieniska rutiner utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Genom att använda innehållsanalys samt health literacy analys på den insamlade datan har flertalet aspekter av värde framkommit. Detta har gett en djupare kontextuell beskrivning av ett problem som dels är konkret men också abstrakt, eftersom det berör upplevelser av möjlighet och uppfattning av delaktighet inom området patientdelaktighet, patientsäkerhet och handhygien.

Patientdelaktighet, patientsäkerhet och möjligheten att påverka inom sjukvården har historiskt inte varit en prioriterad fråga. Detta bekräftas av Butenko et al. (2017) samt Palumbo (2017) som båda lyfter att dagens sjukvård bygger på en mer naturvetenskaplig grund, där vårdpersonal är de som skapar vården och behandlingen medan patienten är där för att erhålla den. Patienten har traditionellt setts som en passiv individ som är i vården för ett behov och bör eller ska inte delta i vården då detta inte är deras specialitet. I takt med att forskning inom området gått framåt har det visat sig att denna form av vårdsätt är ineffektiv både när det kommer till användning av vårdens resurser, ekonomiskt och när det kommer till att förebygga ohälsa. Det har även visat sig att denna form av system bidrar till ojämlikheter i hälsa istället för att minska dem (Myndigheten för vård- och omsorgs analys, 2012; 2017).

Genom införandet av patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) och patientlagen (SFS 2014:821) har inriktningen för vårdens utveckling formellt klarlagts. Patienten ska involveras i vården

och ska ses som medskapare. Studiens resultat visar att patienter upplever att information och vägledning kring hur de ska kunna delta brister. Informanterna i studien identifierade flertalet hinder för att kunna delta och därigenom ställde de sig i hög grad passiva i deltagandet om inte någon invit, uppmaning eller information kring detta givits. Resultatet visar också att individer som är informerade, har kunskaper inom vård sedan tidigare eller tidigare varit engagerade gör sig delaktiga eftersom de känner till sina rättigheter men också ser det som ett sätt att vara med och påverka sin vård.

Resultatet visar också att informanterna i stor utsträckning ställer sig positiva till att delta och att de känner en villighet till att vara med och påverka. De uppger även att det fortfarande finns strukturella hinder för delaktighet så som en maktbalans mellan vårdpersonal och patient. Detta bekräftas av Butenko et al. (2017) som påpekar att maktbalansen behöver adresseras för att kunna komma vidare. Exempelvis så lyfts att patienter i vård i större utsträckning vågar påpeka fel och brister till annan vårdpersonal än läkare, detta eftersom läkare är de som har det avgörande ordet gällande vård och behandling. Förutom maktbalansen som lyfts som en avgörande faktor som hindrar patienter från att aktivt delta i vården så framkommer även att information, kunskap och motivering är områden där påverkan är stor.

De hinder som lyfts för deltagande bygger inte på att patienten inte vill eller kan, utan på att vården som funktion fortfarande inte är anpassad för att ta emot patienten som medskapare även fast lagstiftningen fastslår detta. Detta bekräftas av myndigheten för vård- och omsorg (2017) rapport som fastslår att sedan införandet av patientlagen (SFS 2014:821) har utvecklingen gått långsamt och det kvarstår fortfarande stora hinder för att patientdelaktighet ska kunna ske utifrån vårdfunktionens sida. Rapporten lyfter bland annat att patienternas behov av information fortfarande inte tillgodoses på ett korrekt sätt, även att deras upplevelse av delaktighet inte aktivt efterfrågas av vården. Detta leder till ojämlikhet där patienter eller patienters anhöriga som har kunskap och kännedom om sina rättigheter och möjligheter, kan påverka vården utifrån sina behov, medans patienter som inte har kunskapen riskerar utanförskap.

När den specifika patientanpassade hälsoinformationen från vården inte finns tillgänglig, ökar detta sannolikheten för att patienter i dagens digitaliserade samhälle väljer att söka informationen någon annanstans. Detta kan leda till att patienten erhåller felaktig, bristfällig eller missvisande information som kan leda till att individen fattar sämre beslut om sin egen hälsa. Palumbo (2017) lyfter även denna aspekt som ett problem som behöver adresseras eftersom när patienten väl tappat förtroendet så tar det stora resurser att återskapa de. Palumbo (2017) lyfter också detta problem som särskilt angeläget då vården som funktion kan se det som att patienten ändå inte vill delta och då inte genomför de systematiska förändringar som behövs för att patienten ska kunna bli delaktig.

Patientdelaktighet har även en avgörande roll inom begreppet patientsäkerhet. Detta eftersom patientsäkerheten bygger på just patientmedverkan för att göra vården trygg och säker. Patientsäkerheten kan bara utvecklas om patienten aktivt deltar i dess utbyggnad. Ett aktivt sätt att använda patienten i patientsäkerhetsarbetet är att genomföra så kallade patientenkäter. Patientenkäten bygger på ett antal frågor där patienter som varit i kontakt med vården har

möjlighet att uttrycka sig och komma med förslag till förbättringar. Problematiken med patientenkäter är att de inte fångar alla patientgrupper och inte heller alla problem. Myndigheten för vårdanalys (2017) lyfter att patientgrupperna: Unga vuxna, utlandsfödda, samt individer med stort vård och omsorgsbehov missas av dessa enkäter. Även patienter som genomgått en livsavgörande behandling har större sannolikt att skatta vården den erhållit som mer positiv genom enkäten i direkt anslutning till vårdtillfället. Jämfört med om frågan ställdes senare t, detta på grund av så kallade recall bias (Myndigheten för vårdanalys, 2017).

Handhygieniska rutiner lyfts av flertalet myndigheter, organisationer och artikelförfattare som en faktor där patienten direkt kan vara delaktighet i sin vård och behandling, samtidigt som handhygien är en viktig faktor för patientsäkerheten (WHO, 2009; WHO, 2022b; Folkhälsomyndigheten, 2023; Sande-Meijide et al. 2019; Grota et al., 2020). Resultatet visar att informanterna ställde sig positiva till att följa handhygieniska rutiner på sjukhus om de hade fått vetskap eller information kring detta i samband med sin vård och behandling. Samma faktorer som lyfts som möjligheter och hinder inom delaktighet och patientsäkerhet tas även upp här av informanterna. Bristen på uppmuntran och vägledande information ledde till att informanterna till stor del var passiva inför att förändra sitt synsätt på handhygieniska rutiner. Informanterna upplevde att de saknade kompetens för att kunna ta initiativet självständigt i ämnet och de upplevde även att de inte hade kompetens nog för att kunna påpeka brister hos personalen om sådana ägde rum. Detta stämmer väl överens med två rapporter från myndigheten för vårdanalys (2012; 2017) som i sina rapporter lyfter att patienter överlag önskar mer utförlig information och vägledning till information relevant för sjukhusmiljöer. Detta bekräftas ytterligare av Srigley et al. (2020) som i sin studie påvisar att patienter erhåller för lite information gällande vikten av handhygieniska rutiner på sjukhus.

Resultatet utifrån ett health literacy perspektiv

Genom att analysera informanternas svar utifrån ett health literacy perspektiv som utgår ifrån de faktorer som Palumbo (2017) menar är avgörande för att patienten ska kunna interagera med vårpersonalen och på så vis uppnå en ökad empowerment (se figur 1). Resultatet visar att informanterna i denna studie, i stor utsträckning redan har etablerat en medvetenhet, villighet och kompetens inom området som studien berör. Men de uppger också att de saknar motivering, kunskapsutveckling samt möjligheter att kunna behålla sin autonomi i förhållande till den brist på användbar information och den maktbalans som föreligger. Detta förhindrar de från att interagera med vårdpersonalen. Det framkommer även att det råder tendens till ojämlikhet i möjligheten att kunna interagera och göra sig aktiv i sin vård och behandling. De informanter som har erfarenhet av vård sedan tidigare har i större utsträckning möjlighet att påverka denna eftersom de tar steget att ställa krav på vården utifrån vad de har rätt till. De har således en högre kunskap och medvetenhet om deras rättigheter och kan med denna information känna sig trygga i att ställa krav på vården.

Varför sker inte patientinvolvering i större utsträckning?

Resultatet i föreliggande studie antyder att bristen på tid för interaktion är en stor påverkande faktor för att patienten inte kan erhålla fördjupad information, kunna diskutera sin frågor eller ha tid att kunna ifrågasätta maktbalans och problem som identifieras. I en allt mer pressad vårdfunktion lämnas inte utrymme för mer än vård och behandling. Individens behov av

kunskapsutveckling och motiverande samtal förflyttas från patientmötet till andra informationskällor så som webbplatser eller andra vårdinstanser som ligger utanför den vårdfunktion där patienten erhåller sin nuvarande vård och behandling. Detta styrks av rapporterna från myndigheten för vårdanalys (2012; 2017) men även av Ball (2017) som påvisar att tidsbrist är en avgörande faktor till att vissa funktioner inom vården inte utförs korrekt, eller uteblir på grund av annan prioritering. Ball (2017) påpekar även att tidsbristen kommer av att det saknas personal i proportion till antalet patienter vilket leder till denna tidsbrist. Myndigheten för vårdanalys (2017) påpekar dock att det inte bara är en klinisk fråga utan även en organisatorisk. Socialstyrelsen (2020) lyfter nu i sin nationella plan för ökad patientsäkerhet att patientinvolvering och patientsäkerhet ska prioriteras de kommande åren för att vården ska kunna komma på samma nivå som patienterna och således leda till ett bättre partnerskap.

5.2 Metoddiskussion

Resultates trovärdighet, pålitlighet och överförlighet

I studier som använder sig av en kvalitativ design med djupintervjuer kan studiens trovärdigheten beskrivas utifrån begreppen: Credibility, Dependability och Transferability, enligt Graneheim och Lundman (2004). Detta stöds även av Tracy (2010) som lyfter att kvalitativa studier behöver innehålla en tydligt beskrivning angående hur denna genomfördes med argumentation till urvalsgrupp och kritiskt granskande av resultatet. Men även att genomförare lyfter källor till påverkan av resultatet. Tracy (2010) beskriver även att utförare av kvalitativ forskning behöver vara ännu bättre på att beskriva sin metod, sitt resultat och diskutera dessa för att uppnå en studie av god kvalite. Detta eftersom kvalitativ forskning handlar om informanternas svar eller berättelse på frågor och inte om siffror. Detta ger upphov till tveksamhet hos läsaren och det kan göra kvalitativa studier mindre trovärdiga. Därav behöver den som genomför studien vara transparent med metoden, hur studien utfördes och vad resultatet faktiskt blev utan att dölja eller vinkla informanternas svar.

Dependability och Credibility är begrepp som förklarar studiens pålitlighet, dels genom hur studien är uppbyggd men även hur resultatet är hanterat (Graneheim och Lundman, 2004). Föreliggande studie har beskrivits så detaljerat som möjligt så att den kan återskapas och följas från start till mål. Genom att även använda COREQ checklistan i enlighet med Tong et al. (2007) säkerställs en hög trovärdighet i studien.

Föreliggande studie kommer oundvikligen att påverkas av olika typer av bias eftersom det råder outtalad maktbalans mellan forskare och informant gällande frågor som rör deltagande i vården. Butenko et al. (2017), Sande-Meijide et al. (2019), Grota et al. (2020) lyfter alla i sina studier att denna maktbalans kan påverka studier som involverar patienten i att ge sin åsikt eller erfarenhet inom ett område där de inte är kunskapse experter och samtidigt är i en oundviklig beroendeställning till vården som funktion.

Men genom att försöka skapa en trygg plats där intervjun sker och att tydligt informera om att svaren som informanten ger i studien inte på något sätt kommer att kunna påverka den vård och behandling som ges under vårdtillfälle eller senare i framtiden så minskas risken för

denna bias. Även att forskare tydligt visar transparens med studiens frågeställning och vad svaren kommer att användas till torde även minska risken för bias.

Överförbarhet (transferability)

Graneheim och Lundman (2004) beskriver transferability som ett begrepp inom kvalitativ forskning som efterliknar överförbarhet men som enbart säger att fynden i en kontext kan appliceras på en population i en liknande kontext. Smith (2018) menar dock att kvalitativa studier kan överföras eftersom det är inte utföraren av studien som säger att resultatet kan appliceras på en annan population, utan det är upp till läsaren av studien att anse om resultatet är trovärdigt nog att kunna appliceras i en annan kontext. Tracy (2010) styrker detta genom att uppge att utförare av kvalitativa studier behöver tydligt beskriva hur informanterna i studien har upplevt något och stärka detta med hjälp av citat och beskrivande bakgrundskontext. Detta hjälper läsaren av studien att uppfatta helheten och på så vis kunna applicera upplevelsen i en annan kontext och därmed uppnå överförbarhet. Både Tracy (2010) och Smith (2018) påpekar också att andra former av analyser som genomförs på materialat kan ge fördjupad insikt i den omgivande kontexten eller identifiera andra underliggande faktorer hos informanterna som talar för att resultatet kan överföras i en annan kontext. Föreliggande studie har undersökt hurvida informanterna upplever sig ha möjlighet till delaktighet och det är troligt att flera patienter upplever liknande, oavsett studie kontext eftersom denna frågeställning berör hela populationsgruppen patienter och deras möjlighet till deltagande. Detta stärks även via resultaten i health literacy analysen utifrån Palumbo (2018) som lyfter fram informanternas redan etablerade förkunskaper och förmågor inom området.

Föreliggande studie har inte samlat in information gällande informanternas bakgrund så som, kön, vårdtid, ålder och vårdtid. Detta eftersom studien nyttjat det så kallade studentundantaget och tolkat detta som att denna form av uppgifter bör inhämtas med försiktighet. Denna avvägning mellan ökad möjligheten till överförbarhet och etiskt ställningstagande kring insamlande av personuppgifter kan påverka möjligheten till överförbarheten av studiens resultat.

Forskarens förförståelse

Ansvarig forskare i föreliggande studie har erfarenhet av tidigare kvalitativa studier och intervjuer. Både inom tidigare examensarbete på grund samt avancerad nivå men även inom tidigare genomförda förbättringsarbete ute i den kliniska verksamheten. Ansvarig forskare har själv deltagit i kvalitativa studier både som informant, intervjuare, gate-keeper och som utförare. Den tidigare erfarenheten av att ha intervjuat patienter har gett ansvarig forskare berktyg och insikt i att det är av stor vikt att skapa ett förtroende mellan informanten och intervjuaren. Detta för att skapa en trygghet och minimera risken för att informanten svarar på frågorna utifrån vad denna tror att intervjuaren vill höra och inte vad informanten själv faktiskt upplever. Ansvarig forskare har också en god erfarenhet från tidigare arbetsplatser av hur den kliniska vardagen fungerar och vilka komplexa etiska situationer som kan uppstå samt hur dessa kan hanteras.

Fördelar och svårigheter med att använda sig av patienter som informanter

Flertalet studier och rekommendationer från policyskapande myndigheter samt organisationer beskriver att patientinvolvering inom forskning är en viktig aspekt för att skapa förutsättningar för framtidens vård (Socialstyrelsen, 2020; Butenko et al., 2017; Lastinger et al., 2017).

Fördelar med att involvera patienter i forskning är att de kan ge ett perspektiv på det som studeras som inte forskaren kan på förhand förutse (Tracy 2010; Smith 2018). Att vara patient medför en erfarenhet som kan användas för att förbättra vården och hur denna vård anpassas utifrån patientens behov snarare än vad vårdgivarna tror sig att patienten behöver.

Ett tydligt exempel där kvalitativ forskning på patienter medfört större fördelar för kommande patienter är igenom enhanced recovery after surgery förkortat ERAS, som är ett klinisk exempel på att patient involvering ger ett bättre perspektiv på vad som hjälper patienten än genom sedvanliga behandlingsinsatser. Patienter som hanteras inom ERAS arbetssättet, får tydligt anpassad information om sitt ingrepp, både före, under och efter behandlingen vilket har gett ökad compliance och empowerment (Ljungqvist et al., 2017). Patientdelaktighet kan således bidra till en säkrare vård för patienten och en vård som faktiskt ger behandling på ett djupare plan än bara genom en åtgärd.

Svårigheter med att använda patienter inom forskning är att det finns en komplexitet i att använda sig av människor som verktyg i forskning. Dels finns den etiska aspekten som behöver adresseras korrekt eftersom en studie på människor utan etisk grund kan medföra mer skada än nytta. Dels behöver forskaren identifiera patienter som vill delta i studien men också att identifiera rätt patientgrupp som är representativ för studiens syfte. Tracy (2010) uppger också att patienter som uppelver sig få ut något av forskningen är de som är mest villiga att delta vilket skapar utrymme för bias. Det kanske är de patienter som inte är mest pålästa eller de som är mest aktiva som forskaren vill nå och då finns det svårigheter att rekrytera dessa.

Något som skulle kunna motverka detta är om forskaren själv kan rekrytera patienter utan någon mellanhand. Detta skapar dock organisatoriska problem då det tar tid och det måste också finnas möjlighet att få rekrytera patienter under pågående behandling. Dock är det i sig ett problem i dagens vård eftersom detta arbete ställs mot andra problem som vården har idag med långa väntetider och personalbrist. Detta i sig är en paradox som påverkar patientsäkerheten eftersom det också påverkar hur informanter upplever sin vård och behandling.

Föreliggande studie upplevde problem med att komma i kontakt med verksamheter eftersom det inte finns någon central funktion på sjukhusen som hanterar ansökningar för forskning på patienter. Det finns heller inte någon funktion som kan vägleda till vart studien kan utföras utan detta behöver forskaren själv ha kännedom om. Att det idag saknas konkreta kontaktvägar för studier som ska inkludera patienter är i sig ett hinder för att dessa studier ska kunna utföras av forskare som inte är kliniskt aktiva på en specifik avdelning eller enhet inom ett sjukhus. Detta bidrar till en ojämlig forskningsbild där forskning som utförs av läkare oftast kan genomföras under utbildning och då oftast är kvantitativt orienterad.

Sjuksköterskeledd forskning sker oftast på personal inom den egna professionen även om patienter hade varit en bättre målgrupp för frågeställning i studierna. Men avsaknaden av möjlighet att genomföra studien kliniskt kan leda till att detta inte prioriteras.

Andvändning av gate-keeper

En större utmaning vid användandet av kvalitativa djupintervjuer är att hitta informanter som kan svara på studiens syfte men också att få tillgång till platser där de kan befinna sig. Ett sätt att kunna nå informanter är att använda sig av så kallade gate-keeper. Polit och Beck (2017) beskriver gate-keepers som en funktion som kan användas för att hjälpa till med att hitta informanter till kvalitativa studier. Utan gate-keepers blir det mycket svårare eftersom då måste forskaren själv skapa sig tillgång till informanter som kan vara svåra att få tag på om du inte känner till vart de befinner sig (Amundsen et al., 2017). Amundsen et al. (2017) beskriver att gate-keepers är mer eller mindre ett måste när studier ska utföras på människor eftersom forskaren oftast inte har tillgång till dom tilltänka informanterna kan vara svåra att rekrytera eftersom de också ibland behöver motiveras till att delta. Avsaknaden av gate-keepers gör att kvalitativ forskning kan bli svår att genomföra, vilket i sin tur gör att den kanske inte blir av. Amundsen et al., (2017) påpekar att innan en kvalitativ studie påbörjas eller börjar ta form så bör gate-keepers redan då rekryteras för att kunna genomföra studien efter etiskt godkännande eller godkännande från verksamhet där studien ska genomföras. Gate-keepers har inte någon formell roll i studien men har en informell position som kan antingen ge styrka till studien eller göra att studien blir svår genomförbar. Detta eftersom en gate-keeper inte bara ger access utan också informellt motiverar till att få informanter till att aktivt delta i studien (Amundsen et al, 2017).

Health literacy som kompletterande analysmetod

Föreliggande studie valde att genomföra en health literacy analys enligt Palumbo (2017) på den insamlade datan från informanterna. Health literacy analysen gav en fördjupad dimension av resultatet och kunde även användas till att styrka de fynd som framkommit i innehållsanalysen. Genom användningen av en health literacy analys kunde författaren av studien visa att informanterna redan hade en etablerad förståelse inom ämnet som ligger till grund för hur de ser och svarar på den aktuella frågeställningen. Detta gav en fördjupad insikt i informanterens förståelse för det aktuella problemet som studerats. Resultatet som framkom från health literacy analysen stärkte resultatet som framkom från innehållsanalysen, vilket ger det samlade resultatet en ökad trovärdighet.

5.3 Slutsats

Resultatet i denna studie tyder på att patienter som grupp, redan har goda grundkunskaper inom området och en villighet till att aktivt delta i sin vård och behandling. De önskar att kunna interagera med vården, men tillåts inte på grund av att vården inte är organisatoriskt redo att ta emot dem som samarbetspartners. Det väsentliga hinder som lyfts i studien är avsaknaden av vägledande information, vägledning från passivitet till aktivitet, motivering och uppmuntran till att aktivt delta samt att det till en viss del fortfarande föreligger en maktbalans som hindrar patienten från att aktivt intragera.

Problematiken kring detta är komplext, men tidsbrist hos personalen samt att sjukvården som organisation inte är redo för patientinvolvering i alla dimensioner, verkar utgöra två större faktorer som lyfts av informanterna i denna studie. Detta utgör även hinder för att patienten

ska kunna aktivt delta i sin vård och behandling.

Resultat i denna studie visar dock på att det finns goda förutsättningar för att patienten ska kunna medverka, interagera och påverka. Utifrån detta bör fokus läggas på att motivera och stärka sjukvårdsorganisationen till att arbeta mer aktivt med att inkludera patienten i dess vård och behandling. Socialstyrelsen (2020) lyfter nu upp ämnet till en prioriterad fråga som ska genomföras inom tidsintervallet för den nationella handlingsplanen Agera för säker vård vilket behövs för att påverka de organisatoriska hinder som identifieras.

I den kliniska vården kan flertalet åtgärder genomföras i väntan på de organisatoriska förändringarna som troligen tar längre tid, eftersom vikten av korrekt, tydlig och vägledande information identifierats i studien som en faktor av betydelse. Kan exempelvis de kliniska verksamheterna se över hur de tilldelar och paketerar information som är av betydelse för patienterna. Även att aktivt uppmuntra patienten till att delta bör genomföras. En annan aspekt som kan adresseras, är att aktivt arbeta med att minska den outalade maktbalans som identifierats. Detta kan göras genom att bjuda in patienten till att påtala brister som upptäcks och klargöra att det är fritt för patienten att påpeka brister och åsikter som är deras rätt i enlighet med gällande lagstiftning. Förutsättningar för patientdelaktighet finns inom samtliga områden, åtgärdena för att öka möjligheten för patienten att delta behöver prioriteras.

5.4 Förslag till vidare forskning.

- Prioritering av förändringsarbeten eller utvecklingsarbeten är en viktig aspekt för att kunna genomföra de åtgärder som behövs för att främja patientinvolvering. I en tid där resurserna minskar samtidigt som pressen på att förändra flertalet funktioner i vården samtidigt kan ge svårigheter för chefer i klinisk vård att prioritera. Studier med fokus på vilka möjligheter och vilken prioritering chefer i klinisk vård har att arbeta med patientinvolvering och patientsäkerhet behövs.
- Fokusgruppstudier där patienter och personal i vården kan interagera och diskutera hur patienter i vård ska kunna intragera på ett bra sätt för att minska den outalade maktbalansen som till synes fortfarande förekommer.
- Ökad användningen av health literacy analys i enlighet med Palumbo (2017) inom kvalitativa studier för att dels öka generaliserbarheten, och dels för att kunna presentera en fördjupad förståelse för det som undersöks. Detta kan även med fördel appliceras på redan genomförda studier, där materialet kan analyseras ytterligare.

6 REFERENSER

- Allegranzi, B. & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305–315.
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.04.019>
- Amundsen, D., Msoroka, M. & Findsen, B. (2017). “It’s a case of access.” The problematics of accessing research participants. *Waikato Journal of Education*, 22(4), 5–17.
doi:10.15663/wje.v22i4.425
- Ball, J-E. (2017). *Nurse staffing levels, care left undone & patient morality in acute hospitals* [Doktorsavhandling, Karolinska institutet]. Open Archive.
https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/45563/Thesis_Jane_Ball.pdf?sequence=6
- Butenko, S., Lockwood, C. & McArthur, A. (2017). Patient experiences of partnering with healthcare professionals for hand hygiene compliance: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(6), 1645-1670. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003001
- Etikprövningsmyndigheten. (2023). *Vad innebär det så kallade studentundantaget?* Etikprövningsnämnden.se. <https://etikprovningensmyndigheten.se/faq/vad-innebar-det-sa-kallade-studentundantaget/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022). (5 september 2023). *Handhygien*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/varhygien-och-varrelaterade-infektioner/handhygien/>
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Folkhälsan i Sverige, årsrapport 2023*.
Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/folkhalsan-i-sverige-arsrapport-2023/>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grota, P-G., Eng, T. & Jenkins, C-A. (2020). Patient motivational dialogue: A novel approach to improve hand hygiene through patient empowerment in ambulatory care. *American journal of infection control*. 48, 573-574. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.11.024>
- Högskolan I Skövde. (2020). *Riktlinjer examensarbete 2020*. Högskolan i Skövde.
- Lastinger, A., Gomez, K., Manegold, E. & Khakoo, R. (2017). Use of a patient empowerment tool for hand hygiene. *American journal of infection control*. 45, 824-829.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2017.02.010>
- Ljungqvist, O., Scott, M. & Fearon, K-C. (2017). Enhanced recovery after surgery a review. *Jama surgery*. 152(3). 292-298 doi:10.1001/jamasurg.2016.4952
- Nilsson, M. (2023). *Unpacking the welfare technology solution discourse: an analysis of societys preception of formal and informal care of older people* [Doktorsavhandling, Linne universitet] Linnus universty press. <https://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1758316&dswid=8096>

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 14(3). 259-267.
- Maxfield, D. McMillian, R. Patterson, K. & Switzier, A. (2005) Silence kills: the seven crucial conversations for healthcare. *Vital smart*. 35(4) 1–19.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2012). *Patientcentrering inom svenska hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/rapporter/patientcentrering-i-svensk-halso-och-sjukvard/>
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014-2017*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/rapporter/lag-utan-genomslag/>
- Sande-Meijide, M., Lorenzo-Gonzales, M., Mori-Gamarra, F., Cortez-Crago, I., Vazques, A., Rodriguez, L. & Urbasos, M. (2019). Perceptions and attitudes of patients and health care workers towards patients empowerment in promoting hand hygiene. *American journal of infection control*. 47, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.07.002>
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet. Hämtad 5 september, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Santna, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakeys, C., Bevington, F., Kleinman, D. & Pronk, N. (2021). Updating health literacy for healthy people 2030: defining its importance for a new decade in public health. *Journal of public health management and practice*. 29(5). 258-264.
- Pan, S.-C., Tien, K.-L., Hung, I.-C., Lin, Y.-J., Yang, Y.-L., Yang, M.-C., Wang, M.-J., Chang, S.-C. & Chen, Y.-C. (2013). Patient empowerment in a hand hygiene program: Differing points of view between patients/family members and health care workers in Asian culture. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 979–983. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.02.008>
- Palumbo, R. (2017). *The bright side and the dark side of patient empowerment: Co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment*. Springer. DOI 10.1007/978-3-319-58344-0
- PSL 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Socialdepartementet. Hämtad 5 september, 2023, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- Polit, D.S, & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. sidor: 162-173,274, 541.
- Regeringskansliet. (2018). *Handlingsplan Agenda 2030*. Regeringskansliet.
- Smith, B. (2018). Generalizability in qualitative research: misunderstandings, opportunities and recommendations for the sport and exercise sciences. *Qualitative research in sport, exercise and health*. 10(1). 137-149. DOI: 10.1080/2159676X.2017.1393221

Strigley, J. A., Cho, S. M., O'Neill, C., Bialachowski, A., Ali, R. A., Lee, C. & Mertz, D. (2020). Hand hygiene knowledge, attitudes, and practices among hospital inpatients: A descriptive study. *American Journal of Infection Control*, 48(5), 507–510.

<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.11.020>

Socialstyrelsen. (2016) *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet*.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-4-21.pdf>

Socialstyrelsen. (2020). *Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024*. Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>

Sveriges kommuner och landsting. (2016). *Vårdskador – Vad trodde vi då vad vet vi nu?*. Sveriges kommuner och landsting.

https://skl.se/download/18.37ea390515506e6cb073c37a/1465467615081/S5_Vardskador_webb.pdf

Sverige kommuner och regioner. (2019). *Vårdrelaterade infektioner, kostnader och konsekvenser*. Hämtat 2023-09-05, från Sverige kommuner och regioner.

<https://skr.se/download/18.583b3b0c17e40e30384488d2/1642423966634/7585-813-5.pdf>

Sverige kommuner och regioner. (2022). *Genomförandeplan e-hälsa 2025*. Hämtat 2023-11-15 från sverige kommuner och regioner. <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2022/05/Genomforandeplan-version-maj-2022.pdf>

Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Punktprevalensmätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler*. Hämtat 2023-09-11, från Sverige kommuner och regioner.

https://skr.se/download/18.350b880c187eac049623ce42/1683708931286/Punktprevalensmatning_av_foljsamhet_till_BHK_Regioner_2023.pdf

Tracy, S-J. (2010). Qualitative quality: Eight “Big-Tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative inquiry*. 16(10). 837-851. DOI: 10.1177/1077800410383121

Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. (19). 349–357.

Vetenskapsrådet. (2017). *God forsknings sed*. Vetenskapsrådet.

<https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2017-08-29-god-forskningssed.html>

World Health Organization (Red.). (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge: clean care is safer care*. World Health Organization, Patient Safety. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

World health organization. (2022a). *One health*. World health organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

World health organization. (2022b). *Global report on infection prevention and control*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

Bilaga 1, Förfrågan till verksamhetschef

Förfrågan om att genomföra studie inom ramen för examensarbete.

Hej! Jag heter Alexander Klintmalm och är specialistsjuksköterska inom infektionssjukdomar. Jag läser för tillfället en magisterutbildning inom smittskydd, vårdhygien och folkhälsa vid Högskolan i Skövde. Som en del i min utbildning, ingår det att genomföra ett examensarbete och jag önskar med denna förfrågan att få genomföra detta examensarbete på er klinik.

Examensarbetets titel, Patienters möjlighet till deltagande i att förhindra vårdrelaterade infektioner.

Examensarbetets syfte är att undersöka patienters möjlighet till delaktighet gällande basala hygienrutiner utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Bakgrund:

Flertalet tidigare studier och utredningar inom området vårdrelaterade infektioner, visar att patientmedverkan bidrar till att minska uppkomsten av vårdrelaterade infektioner inom sjukhusvården. Patienten som medskapare inom patientsäkerhetsområdet är även något som lyfts i flertalet rapporter och studier som en viktig faktor att beakta i dagens men även i framtidens vård. I dagsläget saknas det dock studier gällande vilka förutsättningar patienterna upplever sig ha för att kunna medverka och om de upplever sig ha en möjlighet att bli inkluderade. Föreliggande examensarbetet ämnar undersöka frågan och bidra med information till fortsatta studier inom området.

Genomförande:

Detta är en kvalitativ studie där patienter (i den här studien benämnda som informanter) får en förfrågan om att delta i djupintervjuer. Intervjuerna kan ske fysiskt på plats hos informanter eller via telefon beroende på vad informanten önskar.

Rekryteringen av informanter planeras att ske genom att ta hjälp av en individ som arbetar på er klinik som fungerar som så kallad gate-keeper. Utsedd gate-keeper kommer att erhålla information gällande studien upplägg och syfte samt en förfrågan om att vara behjälpliga med att identifiera informanter till studien utifrån studiens inklusions kriterier (se projektplan). Den gate-keeper som är behjälplig med studien på plats inom kliniken kommer att identifiera lämpliga informanter för studien och erbjuda dessa att delta i studien. Om tilltänkt informant överväger att delta i studien så kommer skriftlig information om studien samt samtyckes blankett att delas ut till dessa. Tilltänkt gate-keeper gällande er klinik är Carolina Vargas.

Möjliga informanter kommer att erhålla information om studiens bakgrund, syfte och vad svaren i intervjuerna kommer att användas till. Därefter kommer de att erhålla en blankett gällande informerat samtycke samt ytterligare information i skrift kring studien (Se bilaga 2).

Resultaten i studien kommer att återrapporteras till berörda enheter och efter avlagd examination publiceras i DIVA.

Etiskt ställningstagande och behandling av personuppgifter

Enligt högskolan i Skövdes riktlinjer med hänvisning till etikprövningsmyndighetens yttrande angående studentundantaget gällande etiskt godkännande, behövs inte etiskt godkännande från etikprövningsnämnden gällande studier som genomförs inom ramen för magisterutbildning men som utförs på ett sådant sätt under handledning att etiskt godkännande skulle bli godkänt. Föreliggande examensarbetet beaktar alla de krav som ställs för att erhålla etiskt godkännande för studier som involverar människor och har även granskats av handledare respektive examinator vilket innebär att studentundantaget uppfylls.

Behandling av personuppgifter samt övriga uppgifter kommer att följa de krav som Vetenskapsrådet tagit fram gällande god etik för forskning samt hanteringen av personuppgifter sker enligt kraven i Dataskyddsförordningen. För mer information se bifogad projektplan. Vid deltagande, önskas påskrift (se sista sidan i förfrågan) och sedan att inskannad kopia sänds åter till avsändaren.

Tidsplan:

Studien kommer att genomföras under perioden oktober till och med början av december. Andelen informanter som eftersträvas är 8–10 individer och när detta antal uppnås kommer studien av avslutas.

Ansvarig handledare för examensarbetet är Ninitha Maivorsdotter,

E-post: ninitha.maivorsdotter@his.se

Telefon: 0500-44 84 29

Med vänlig hälsning

Alexander Klintmalm

E-post: b21alewe@student.his.se

Examensarbete inom folkhälsovetenskap Smittskydd och vårdhygien A1E HT-23

Avdelningen för Folkhälsovetenskap, Högskolan i Skövde

Samtycke till deltagande i studie med titel Patienters möjlighet till deltagande i att förhindra vårdrelaterade infektioner

Vi har erhållit information om examensarbetet med titel: Patienters möjlighet till deltagande i att förhindra vårdrelaterade infektioner.

Vi har fått information om att de uppgifter som samlas in om kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att identiteten på deltagarna inte kommer att avslöjas för obehöriga.

Inom Funktionsområde/klinik..... datum och plats.....

Tillstånd att genomföra datainsamling gives av

Verksamhetschef/Ansvarig chef.....

Vid..... Den.....

Bilaga 2, Information och Samtycke informanter

Information till dig som ska delta i en undersökning som genomförs av en student under utbildning

Du är inbjuden att delta i studien Patienters möjlighet till deltagande i att förhindra vårdrelaterade infektioner.

Studien syftar till att undersöka patienters delaktighet i basala hygienrutiner utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Studien utförs som en del i min utbildning, inom Examensarbete inom folkhälsovetenskap Smittskydd och vårdhygien A1E HT-23 vid Avdelningen för folkhälsovetenskap, Högskolan i Skövde.

Ansvarig handledare för examensarbetet är Ninitha Maivorsdotter,

E-post: ninitha.maivorsdotter@his.se

Telefon: 0500-44 84 29

Du tillfrågas att delta i studien eftersom du ingår i den tilltänkta målgruppen för studien. Studien går till enligt följande: vid deltagande i studien kommer du att delta i en djupintervju som kommer att spelas in. Djupintervjun syftar till att undersöka dina upplevelser av att kunna vara delaktig i basala hygienrutiner utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. Djupintervjun går till så att intervjuaren (Alexander Klintmalm) kommer att ställa ett antal öppna frågor som du som deltagare är fri att svara på precis som du uppfattar frågan. Det finns således inte något rätt eller fel svar på de öppna frågorna utan det är till för att vägleda samtalet till att få dina upplevelser av det som undersöks.

I studien behandlas dina personuppgifter endast enligt ditt samtycke. Hanteringen av personuppgifter sker enligt kraven i Dataskyddsförordningen.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst återkalla ditt samtycke utan att ange orsak. De uppgifter du har lämnat kommer då att raderas. Ett återkallande påverkar dock inte den behandling som skett innan återkallandet. Du kan också när som helst begära att få en kopia av dina personuppgifter.

Endast Alexander Klintmalm kommer att ha tillgång till dina personuppgifter. De uppgifter som samlas in om dig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att din identitet inte kan avslöjas för obehöriga. Studiens resultat kommer att presenteras på ett sådant sätt att det inte går att identifiera enskilda individer.

De av dina personuppgifter jag kommer att behandla är: Namn, ålder, telefonnummer, röstinspelning. Samt eventuellt e-postadress om du vill ta del av resultatet i studien vid publicering. Dina personuppgifter kommer att raderas när examensarbetet är godkänt.

Personuppgiftsansvarig för studien är Högskolan i Skövde, som nås via registrator@his.se eller 0500-44 80 00. Övrig information om hur Högskolan hanterar personuppgifter samt om dina rättigheter utifrån Dataskyddsförordningen, finns på <https://www.his.se/mot-hogskolan/sa-har-fungerar-hogskolan/behandling-av-personuppgifter/>. Vid frågor kan du också kontakta Högskolans dataskyddsbud via dataskyddsbud@his.se.

Med vänlig hälsning

Alexander Klintmalm

E-post: b21alewe@student.his.se

Examensarbete inom folkhälsovetenskap Smittskydd och vårdhygien A1E HT-23

Avdelningen för Folkhälsovetenskap, Högskolan i Skövde.

.....
Jag samtycket härmed till att delta i studien: **Patienters delaktighet i basala hygienrutiner utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.**

Jag har fått information om studien och accepterar att delta.

Jag har fått information om att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, på ett sådant sätt att min identitet inte kommer att avslöjas för obehöriga.

Jag är medveten om att min medverkan är helt frivillig och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Jag är införstådd med att utförare av studien Alexander Klintmalm kommer att kontakta mig per telefon för deltagande i studien.

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Ort och datum

9 Bilaga 3, Frågeformulär

Intervjufrågeguide

Samtalet inleds med en kort genomgång av studiens bakgrund samt syfte. Därefter sker en kort information gällande informantens rättigheter i studien och att de är införstådda med samtycket till att intervjun genomförs. Intervjufrågorna berör tre olika block som innefattar delaktighet, hygienrutiner och patientsäkerhet. Intervjuerna började med följande: Aktuell forskning visar att patientdelaktighet är något som är viktigt för att vården ska kunna utvecklas och bli bättre.

Frågeområde patientdelaktighet;

1. Berätta för mig, vad patientdelaktighet betyder för dig?
2. Berätta för mig om du upplevde dig ha möjlighet att vara delaktig i vården under din tid på sjukhus?
- Om du inte upplevde dig ha möjlighet att vara delaktig, vad upplevde du för hinder?
3. Finns det något som du upplever skulle kunna göra att du skulle bli mer delaktig i din vård?

Frågeområde hygienrutiner: Inom vården så pratar man mycket om handhygien rutiner som en faktor som påverkar risken för smittspridning inne på sjukhus och som en faktor där patienten kan vara delaktig.

4. Under din vårdtid, fick du någon information om vilka handhygienrutiner som gäller på sjukhus?
- Om ja, upplevde du det som bra information?
- Om nej, skulle du uppskattat om du fick information om detta?
5. Under din vårdtid, fick du någon uppmuntran om att handhygien på sjukhus är viktigt för dig som patient?
- om nej skulle du ha uppskattat uppmuntran?

Frågeområde Patientsäkerhet: I den här sista delen så kommer jag att fråga om patientsäkerhet. Patientsäkerhet är en viktig aspekt inom vården och man jobbar systematiskt för att förbättra patientsäkerheten.

6. Vad innebär begreppet patientsäkerhet för dig?
7. Upplever du att patientsäkerhet är något som du själv skulle kunna påverka?
- Om ja, på vilket sätt?
- Om nej, varför?

Avslut

8. Är det något annat som du vill tillägga eller som jag inte frågat efter, som du önskar ta upp?

Tack för att du deltar i studien

10 Bilaga 4, information till gate-keeper

Information till dig som gate-keeper och kontaktperson för studien med titel: Patienters möjlighet till deltagande i att förhindra vårdrelaterade infektioner.

Hej! Tack för att du hjälper mig med studien på er klinik.

I den här studien går deltagarna under benämningen informanter.

Din uppgift som kontaktperson för studien samt som medhjälpare gällande rekrytering av informanter innebär följande.

Identifiera möjliga informanter bland patienterna på vårdavdelningen

Några gånger i veckan eller när tid ges identifiera möjliga informanter till studien bland avdelningen inskrivna patienter med hjälp av följande inklusion- och exklusionskriterier.

- Inklusionskriterier:

- Informanten ska vara en vuxen person, 18 år eller äldre. Detta för att personen ska vara myndig och därmed själv kunna besluta om deltagande i studien.
- Informanten ska vara inskriven inom slutenvården på sjukhus. Detta för att kunna besvara studiens syfte.
- Informanten ska ej ha någon kognitiv påverkan för att förstå studien syfte och frågor.
- Informanten ska förstå och tala det svenska språket.

- Exklusionskriterier:

- Patienter som vårdas på akutmottagning eller inom intensivvården.
- Patienter som inte har ett stabilt vårdtillstånd.

Upplever du som kontaktperson för studien att en informant inte bör delta på grund av någon annan orsak som inte matchar de exklusionskriterier så har du rätt att inte tillfråga denna för att delta.

När möjliga informanter har identifierats, fråga om de önskar att delta i en intervjustudie gällande deras möjlighet till delaktighet i vårdens arbete med att minska risken för att drabbas av vårdrelaterade infektioner.

Önskar tilltänkt informant att delta eller fundera på att delta kan du överlämna informantinformation (bilaga 2).

Om informanten lämnar samtycke till att delta i studien, spara påskrivna samtyckesblankett i avsedd box för påskrivna samtycken och meddela mig att en informant önskar delta i studien.

Jag (Alexander klintmalm) kommer att komma och hämta samtyckesblanketten samt ta kontakta patienten därefter.

Tack för att du hjälper mig med studien