

Många faktorer påverkar om patienter kan medverka till säkrare vård

INTERVJUSTUDIE VISAR LÄKARES OCH SJUKSKÖTERSKORS PERSPEKTIV

Stora förhoppningar finns om att patienter ska kunna medverka till ökad patientsäkerhet. Patienter har insyn i hela vårdprocessen, vilket kan underlätta att de uppmärksammar problem med relevans för patientsäkerheten. Patienter besitter värdefull erfarenhet, som enligt många bedömare skulle kunna tillvaratas bättre i arbetet för säkrare vård [1-4].

Forskning, främst amerikansk och engelsk, har identifierat flera faktorer av betydelse för patienters vilja och förmåga att påverka vårdens säkerhet: sociodemografiska karakteristika, sjukdomsrelaterade faktorer, kognitiva faktorer, läkare-patientrelation och organisatoriska aspekter [5-8]. Få studier har dock undersökt den andra sidan av myntet, dvs vårdpersonalens perspektiv på patientmedverkan med relevans för ökad patientsäkerhet. Syftet med denna studie har varit att utforska läkares och sjuksköterskors uppfattningar om patientmedverkan för potentiellt ökad patientsäkerhet.

METOD

Medverkande

Vi genomförde intervjuer med 13 läkare och 11 sjuk-

Per Nilsen, professor, institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet; forskningschef, Centrum för hälso- och vårdutveckling
● per.nilsen@liu.se

Janna Skagerström, med dr, FoU-enheten

Carin Ericsson, utvecklingsledare, Hjärt- och medicincentrum; samtliga Region Östergötland

Kristina Schildmeijer, fil dr, hälso- och vårdvetenskapliga institutionen, Linnéuniversitetet, Kalmar

sköterskor inom flera olika verksamheter (Tabell 1). Vi eftersträvade en heterogen grupp av personer som arbetade inom olika verksamheter där de träffade patienter som skiljde sig åt med avseende på besöksorsak (från kvinnor i mödrahjälsövård och patienter i primärvård till allvarligt sjuka sjukhusvårdade patienter), hälsotillstånd (från akuta till kroniska sjukdomar), form och varaktighet i vårdkontakten (från öppenvård till slutenvård) samt ålder och kön. Syftet var att åstadkomma ett urval som representerade ett brett spektrum av erfarenheter och uppfattningar beträffande patientmedverkan för säkrare vård.

Rekrytering skedde genom ett mejl till utvalda verksamheter där studien kortfattat beskrevs för berörd chef. Chefen tillfrågades sedan anställda läkare och sjuksköterskor om medverkan. Alla respondenter lämnade informerat samtycke och tackade ja till att medverka i studien.

Studien utfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationen. Etiskt godkännande krävdes inte, eftersom studien inte innehöll känsliga personuppgifter enligt lagen om etikprövning av forskning om människor [9].

Datainsamling

Intervjuerna utgick från en semistrukturerad frågeguide (Fakta 1) på basis av studiens frågeställningar. Frågorna testades i en pilotintervju (ingick inte i studien), som visade att de var generella nog att användas i olika vårdkontexter och att formuleringarna var tydliga.

Intervjuerna genomfördes mellan maj 2015 och juni 2016 under ordinarie arbetstid i de medverkandes verksamheter. Intervjuerna, som tog 18-53 minuter, spelades in och transkriberades ordagrant.

Dataanalys

För att analysera intervjuerna och klassificera olika faktorer som underlättar och/eller försvårar patientmedverkan för säkrare vård använde vi ramverket COM-B [10]. COM-B är en akronym för »capability, opportunity, motivation and behaviour», här översatt till »förmåga, möjlighet, motivation och beteende».

COM-B bygger på att ett beteende påverkas av individens förmåga, möjlighet och motivation att anamma beteendet (i detta fall patientmedverkan). Förmåga avser individens både psykiska och fysiska förmåga att anamma beteendet i fråga. Möjlighet definieras som »yttre» faktorer, helt eller delvis bortom individens påverkan, som gör beteendet möjligt. Motivation handlar om vilja att anamma beteendet [10]. COM-B har applicerats på många olika typer av beteenden, t ex följsamhet till mediciner [11] och hälsocoaching för diabetespatienter [12].

Tidigare forskning om patientmedverkan ur ett patientperspektiv har identifierat vilja och förmåga som viktiga faktorer, varför COM-B bedömdes vara ett lämpligt teoribaserat ramverk för att klassificera underlättande och försvärande faktorer.

Intervjuerna analyserades med hjälp av riktad innehållsanalys enligt Hsieh och Shannon [13], vilket möjliggör en deduktiv analys utifrån ramverket COM-B. Alla författare läste transkriptioner av intervjuerna för att skapa sig en bild av helheten. Därefter identifierade samtliga var för sig meningsbärande enheter,

HUVUDBUDSKAP

- Stora förhoppningar knyts till att patienter ska kunna bidra till ökad patientsäkerhet.
- I en studie genomfördes intervjuer med 13 läkare och 11 sjuksköterskor som representerade ett brett spektrum av erfarenheter och uppfattningar beträffande patientmedverkan för säkrare vård.
- Studien identifierade nio faktorer som underlättar och/eller försvårar patientmedverkan för att uppnå säkrare vård.
- Många av faktorerna beskrevs huvudsakligen som hinder för patientmedverkan med relevans för patientsäkerheten.

TABELL 1. Information om den personal som intervjuades i studien.

Karakteristika	Läkare, n = 13	Sjuksköterskor, n = 11
Kön		
● Man, antal (procent)	7 (54)	0 (0)
● Kvinna, antal (procent)	6 (46)	11 (100)
Yrkeserfarenhet		
● 0–1 år, antal (procent)	1 (8)	0 (0)
● 2–4 år, antal (procent)	0 (0)	1 (9)
● 5–9 år, antal (procent)	1 (8)	1 (9)
● 10–20 år, antal (procent)	7 (54)	7 (64)
● ≥21 år, antal (procent)	4 (30)	2 (18)
● Yrkeserfarenhet, median, år	16	16
Antal år på den aktuella enheten		
● 0–1 år, antal (procent)	2 (15)	3 (27)
● 2–4 år, antal (procent)	2 (15)	2 (18)
● 5–9 år, antal (procent)	4 (31)	3 (27)
● 10–20 år, antal (procent)	5 (38)	3 (27)
● ≥21 år, antal (procent)	0 (0)	0 (0)
● Antal år på den aktuella enheten, median, år	7	5
Arbetar inom enhet		
● Lungmedicinsk klinik, antal (procent)	3 (23)	2 (18)
● Kirurgisk klinik, antal (procent)	2 (15)	2 (18)
● Öron, näs- och halsklinik, antal (procent)	2 (15)	3 (27)
● Mödravårdscentral, antal (procent)	0 (0)	4 (36)
● Reumatologisk klinik, antal (procent)	3 (23)	0 (0)
● Primärvårdscentraler (2 centraler), antal (procent)	3 (23)	0 (0)

dvs meningar eller fraser som innehöll information av relevans för studiens frågeställningar. Dessa enheter kondenserades, varefter de klassificerades enligt COM-B-ramverkets kategorier (C-O-M).

Flera möten hölls för jämförelser och diskussion kring olika tolkningar. Detta ledde fram till konsensus kring en slutlig klassificering.

RESULTAT

Vi identifierade nio faktorer som påverkar patientmedverkan för säkrare vård. Dessa faktorer återfinns i intervjumaterialet från både läkare och sjuksköterskor (hänvisas nedan till som »personal«). (S) avser citat av sjuksköterskor och (L) av läkare.

Personalens förmåga

1. Relation till patienten. Personalens förmåga att skapa en förtroendefull relation till patienten framkom som en betydelsefull faktor för patientmedverkan. »Ja, men det är väl att man möter dem på ett sätt så att de känner sig trygga i situationen« (L). Bristande tillit mellan patient och personal ledde enligt de intervjuade till mindre öppenhet och därmed försämrade möjligheter att fånga upp risker i samband med patientens vård och behandling. »Vårt förhållningssätt tror jag är det största hindret. Och hur vi tar emot deras

FAKTA 1. Frågor i intervjuguiden

- Hur kan patienter påverka patientsäkerheten genom att ställa frågor, ha synpunkter och framföra kritik på sin vård i samtal med vårdpersonal?
- Kan du beskriva dina egna erfarenheter av patienter som uppmärksammat något som kan ha haft (eller hade) betydelse för patientsäkerheten?
- Hur känns det, eller skulle det kännas, om en patient uppmärksammar och påtalar något misstag eller någon risk?
- Vad tycker du att det finns för svårigheter för personalen med att patienter ställer frågor, har synpunkter eller framför kritik på sin vård i samtal med vårdpersonal?
- Nu skiftar vi perspektiv och tänker utifrån patienten: Vad anser du försvårar för patienter att ställa frågor, ha synpunkter eller framföra kritik på sin vård i samtal med vårdpersonal?
- Vad anser du underlättar för patienter att ställa frågor, ha synpunkter eller framföra kritik på sin vård i samtal med vårdpersonal?
- Kan du berätta hur ni arbetar här i dag för att tillvarata patienters erfarenheter, synpunkter och kritik på sin vård?
- Kan du ge förslag på hur man skulle kunna tillvarata patienters erfarenheter, synpunkter och kritik på sin vård på ett effektivare sätt än vad som görs i dag?

tankar och åsikter och kritik« (S). Personalen menade att relationen mellan personal och patient är särskilt viktig, eftersom det handlar om patienter med långvarig kontakt med vården. Bristande vårdkontinuitet lyftes fram som en utmaning för att bygga tillförlitliga patientrelationer.

Personalens uppfattningar om patientens förmåga

2. Patienters hälsa och kognitiva förmåga. Personalen ansåg att patienters hälsa och kognitiva förmåga kan sätta gränser för deras möjligheter att bidra till säkrare vård. Personalen bedömde att det kan vara omständigt för en patient att hamna i en vårdmiljö där de träffar många människor och får information från flera håll. En ovan situation kan enligt personalen reducera patientens möjligheter att engagera sig i alla detaljer kring sin vård och behandling av möjlig betydelse för patientsäkerheten. »Många patienter har väldigt lite kunskap om kroppen och medicin och vad man kan förvänta sig« (L).

3. Patienters kommunikativa förmåga. Patienter som förmedlar information om sin hälsa, vård och behandling underlättar för personalen att fånga upp eventuella risker och förebygga tillbud och negativa händelser. Detta försvåras om patienter har språksvårigheter eller

undanhåller information, enligt personalen. Sjuksköterskor påpekade vikten av att patienter är aktiva och tex skriver ned frågor och funderingar som de sedan kan förmedla till personalen. »Det är ju det där att man måste ibland... Ibland berättar ju patienter jättemycket och ibland får man dra ur information också« (S).

Organisatoriska möjligheter

4. Tillgänglig tid. Personalen ansåg att brist på tid begränsade möjligheterna att åstadkomma patientmedverkan för säkrare vård. Personalen underströk svårigheten att etablera en förtroendefull patientrelation då tiden upplevs som knapp. »Vi har inte alltid tid att ge patienten den uppmärksamhet som den tycker att den bör ha eller som den kanske till och med tycker att den förtjänar« (L). Både läkare och sjuksköterskor noterade att patienter undviker att ställa frågor om de uppfattar att personalen har ont om tid.

5. Tillgängliga rutiner och verktyg. Personalen bedömde att olika rutiner och verktyg kan spela en roll för patientmedverkan för säkrare vård. Personalen menade att man saknar riktlinjer, rutiner, verktyg eller annan vägledning om hur man kan engagera patienter i deras vård och behandling på ett mer systematiskt sätt. »Men det finns inget standardiserat som säger att man ska fråga patienterna om vad de har förstått av det här och ... Alltså hela det perspektivet finns ju likasom inte« (L). Det framkom många förslag från personalen, tex att patienter får en broschyr som uppmanar dem att ställa frågor, en kort patientenkät i direkt anslutning till vårdens utförande samt någon form av samtalsmetod, tex »Teach-Back« [14], för att säkerställa att patienten har förstått all information.

Personalens motivation

6. Initiativtagande till patientmedverkan. Personalen framhöll att viljan att ta initiativ för att involvera patienten påverkar patientmedverkan för säkrare vård. Flera underströk hur viktigt det är att de i sin roll som läkare eller sjuksköterska aktivt »bjuder in« patienten till samtal om dennes vård och behandling. »Ja, är man inte inbjuden i samtalet så är det ju svårt« (L). Viss tveksamhet framkom dock bland personalen, då många menade att sådana initiativ kan leda till alltför långa och ibland fruktlösa diskussioner med patienter som aldrig blir nöjda.

7. Lärande från misstag och risker som patienter identifierar. Både läkare och sjuksköterskor uttryckte tacksamhet över patienter som hade påtalat fel och misstag de hade gjort i sitt arbete så att tillbud och negativa händelser hade kunnat undvikas. Personalen menade att detta hade inneburit ett lärande. »Om det är jag själv som har gjort misstaget kan det kännas jobbigt men det är ju bra att de påtalar det« (L). Samtidigt uttryckte personalen att det kan vara känslomässigt svårt att ta emot patienternas synpunkter eller kritik då man gjort ett fel eller misstag. »Det är ju jättesvårt att ta kritik, det är det« (S).

Personalens uppfattningar om patientens motivation

8. Patienters ansvarstagande för sin egen hälsa, vård och behandling. Patienters vilja att ta ansvar för sin egen hälsa, vård och behandling utgör enligt personalen en

faktor av betydelse för patientmedverkan för säkrare vård. Framför allt sjuksköterskor betonade vikten av patienter som tar ansvar för sin hälsa, vård och behandling. »Ju mer frågor man ställer till doktorn eller sjuksköterskan, desto mer kunskap får man som patient och kan förbereda sig på bästa möjliga vis« (S). Dessa patienter kan enligt sjuksköterskorna lättare uppmärksamma avvikelser från det förväntade och därigenom förhindra misstag och fel.

9. Patienters respekt för auktoritet. Patienters respekt för auktoriteter utgör enligt personalen ett hinder för många patienters medverkan i sin vård och behandling. Särskilt läkare var medvetna om att patienter har respekt för dem, vilket de ansåg kan vara ett hinder för ifrågasättande eller kritiska frågor av relevans för patientsäkerhet. »Patienten är oftast i något slags underläge. Läkaren har en viss auktoritet och att man inte vågar ifrågasätta ... Man har ju något slags kunskapsmässigt underläge också« (L). Sjuksköterskor menade att patienter generellt sett utgår från att personalen »vet bäst«, men att de särskilt litar på läkarnas kompetens. Det faller därför inte patienterna in att ifrågasätta läkarna. Personalen noterade också att en del patienter befärar att de ska få sämre vård och behandling om de uppfattas som krävande.

DISKUSSION

Vi identifierade nio faktorer som påverkar patientmedverkan för att uppnå säkrare vård, enligt de intervjuade läkarna och sjuksköterskorna. Det fanns ett ömsesidigt beroende mellan flera av faktorerna. Således kan tidsbrist försvåra en tillitsfull patientrelation och minska viljan att involvera patienten. Den tidspress som många i dagens hälso- och sjukvård upplever utgör enligt personalen en försvårande omständighet för att åstadkomma ökad patientsäkerhet genom patientmedverkan. Forskning visar att även patienter upplever tidsfaktorn som ett hinder för patienters frågor och engagemang [6-7].

Tidsbrist ett känt patientsäkerhetsproblem

Tidsbrist i vården brukar kopplas till ökad administration för personalen [15], vilket bl a leder till svårigheter att hinna med angelägen fortbildning (bl a med avseende på patientsäkerhet) [16]. Tidsbrist och den stress som kan uppstå utgör väl kända patientsäkerhetsproblem i sig [17-19]. Samtidigt finns anledning att reflektera kring upplevd tidsbrist som ett hinder för patientmedverkan. Tidsbrist anförs inte sällan som skäl för att inte utföra icke-prioriterade uppgifter. Frågan är om alla aspekter av patientmedverkan begränsas av tid, tex att bjuda in patienter till samtal och uppmuntra till frågor.

Det är ju också möjligt att ökad patientmedverkan i ett längre perspektiv innebär tidsvinster genom att misstag och lidande kan undvikas. Det finns således fog för viss skepsis mot tidsbrist som en underliggande orsak till begränsad patientmedverkan av potentiell betydelse för patientsäkerhet.

Inte odelat positivt att bli ifrågasatt i sin yrkesroll

Våra resultat pekar på att det finns en känslomässig komponent i patientmedverkan som inte har lyfts fram tidigare. Även om flera informanter uttryck-

te tacksamhet för att tillbud och negativa händelser hade kunnat undvikas tack vare patienters påpekan- den eller frågor, framkom många utsagor som visar att det inte är odelat positivt att bli ifrågasatt i sin yrkes- roll eller bli påmind om fel och misstag. Forskning ur patientperspektivet har inte pekat på denna omstän- dighet.

Studien visar på att personalen anser att flera pa- tientrelaterade omständigheter spelar in. Patien- ters förmåga och motivation att medverka i sin egen vård och behandling kan enligt personalen begrän- sas av nedsatt hälsa och kognitiv förmåga, bristande kommunikationsförmåga, ovilja att ta ansvar för sin egen hälsa, vård och behandling samt stor auktori- tetsrespekt. Samtliga dessa hinder har identifierats i tidigare forskning ur ett patientperspektiv [5-8]. An- svaret för patientmedverkan för säkrare vård kan så- ledes inte uteslutande läggas på personalen, eftersom det finns patient- och tidsrelaterade hinder.

Många försvårande faktorer

Personalen i vår studie hyser tilltro till patientmed- verkan som en möjlighet att åstadkomma säkrare vård. Trots detta förmedlar våra resultat att patient- medverkan utgör en anseilig utmaning, eftersom personalen pekade på många försvårande faktorer. Vår studie tyder på att patientmedverkan för ökad pa- tientsäkerhet kräver mer strukturellt stöd. Avsaknad av rutiner och verktyg försvårar en mer systematisk patientmedverkan enligt personalen. Samtidigt är pa- tientmedverkan mångfasetterad, varför enskilda red- skap knappast utgör hela lösningen.

Efterfrågan på rutiner kan tolkas som en önskan om mer vägledning beträffande hur patientmedverkan bör omsättas i praxis. Patientmedverkan är inget nytt »managementkoncept«, utan utgör en önskvärd och i grunden ofrånkomlig utveckling som speglar en bre- dare samhällsutveckling, där medinflytande har bli- vit något självklart för den alltmer välutbildade och informerade befolkningen [20].

I årets nationella patientenkät, den återkommande nationella undersökningen av patienters upplevelse av hälso- och sjukvården, konstaterar företrädare för SKL (Sveriges Kommuner och landsting) att patienter vill vara mer delaktiga och involverade i sin egen vård [21].

Studien har begränsningar

Studien har begränsningar som bör beaktas. Infor- manterna rekryterades via sina chefer, vilket kan innebära att de är mer intresserade av frågor kring pa- tientmedverkan och patientsäkerhet än »genomsnitt- liga« läkare och sjuksköterskor.

Antalet intervjuer (24) bedömdes vara tillfyllest för att besvara forskningsfrågan, vilket stärks av att mättnad, dvs inga nya uppgifter framkom, uppnåddes innan samtliga intervjuer var genomförda. Riktlinjer för erforderligt antal intervjuer skiftar, men många forskare menar att mättnad brukar uppnås vid 15-25 intervjuer [22].

Syftet med kvalitativa studier som denna är inte att generalisera till en större population (av läkare och sjuksköterskor), dvs statistisk generalisering, utan att åstadkomma analytisk generalisering, vilket innebär att resultatens relevans valideras genom jämförelser med andra studier [23].

»Det fanns ett ömsesidigt beroende mellan flera av faktorerna.«

KONKLUSION

Sammantaget visar studien på att patientmedverkan för säkrare vård påverkas av många ömsesidigt bero- ende faktorer, varav flera utgör hinder. Patientmed- verkan skulle enligt personalen underlättas av struk- turellt stöd i form av mer tillgänglig tid för att etable- ra förtroendefulla patientrelationer samt rutiner och verktyg. Studien visar också att patientmedverkan rymmer en komplexitet som inte framkommer i alla diskussioner. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2017;114:EDWP

REFERENSER

1. Vincent C, Davis R. Patients and families as safety experts. *CMAJ*. 2012;184:15-6.
2. Hernan AL, Giles SJ, Fuller J, et al. Patient and carer identified factors which contribute to safety incidents in primary care: a qualitative study. *BMJ Qual Saf*. 2015;24:583-93.
3. O'Hara JK, Lawton RJ. At a crossroads? Key challenges and future opportunities for patient involvement in patient safety. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:565-8.
4. Amalberti R, Ahlberg J. Den föränderliga sjukvården en utmaning för patientsäkerheten. *Läkartidningen*. 2015;112:DEXS.
5. Davis R, Jacklin R, Sevdalis N, et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007;10:259-67.
6. Longtin Y, Sax H, Leape LL, et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:53-62.
7. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2012;75:257-63.
8. Severinsson E, Holm AL. Patients' role in their own safety - a systematic review of patient involvement in safety. *Open J Nurs*. 2015;5:642-53.
9. SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor.
10. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6:42.
11. Jackson C, Eliasson L, Barber N, et al. Applying COM-B to medication adherence: a suggested framework for research and interventions. *Eur Health Psychol*. 2014;16:7-17.
12. Handley MA, Harleman E, Gonzalez-Mendez E, et al. Applying the COM-B model to creation of an IT-enabled health coaching and resource linkage program for low-income Latina moms with recent gestational diabetes: the STAR MAMA program. *Implement Sci*. 2016;11:73.
13. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15:1277-88.
14. Tamura-Lis W. Teach-Back for quality education and patient safety. *Urol Nurs*. 2013;33(6):267-71.
15. Edvardsson K, Arnholdt-Olsson A, Jeppsson B. Mer tid för patienten hos läkare i England. En jämförande tidsstudie av svenska och engelska läkares arbetsdag. *Läkartidningen*. 2014;111:CUWE.
16. Bergqvist K. Enkätstudie om arbetsmiljön 1992 och 2010: Läkare har tappat både ansvar och stöd. *Läkartidningen*. 2011;108(48):2485.
17. Nilsson Bågenholm E. Säker vård en självklarhet. *Läkartidningen*. 2008;105(23):1731.
18. Wilczek A. Amerikanska läkares »burnout» och svenska läkares »utmattning». Stressrelaterad psykisk ohälsa ökar även bland svensk sjukvårdspersonal. *Läkartidningen*. 2015;112:DHLA.
19. Free from harm. Accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err Is Human. Boston, MA: National Patient Safety Foundation (NPSF); 2015.
20. Förslag till sjukvårdspolitiskt program. Remissversion 2016-02-04. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2016.
21. Sveriges Kommuner och landsting. Nationell patientenkät. <https://patientenkät.se/sv/>
22. Mason M. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qual Soc Res*. 2010;11(3):Art 8. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs100387>
23. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods (4th ed). Washington DC: Sage Publications; 2002.

SUMMARY

Patient participation for safer health care – interviews with physicians and nurses

Patient participation to achieve safer care is an area of growing policy, research and health care management and practice interest. Patients are uniquely placed to observe their treatment, care and physical environment throughout their journey in the health care system. However, very few studies have investigated health care providers' attitudes and beliefs concerning patient participation for improved patient safety. This study explored factors that acted as facilitators and/or barriers to patient participation for safer care, as perceived by physicians and nurses in Swedish health care. Interviews were conducted with 13 physicians and 11 nurses, using a purposeful sampling strategy to achieve a heterogeneous sample of providers. We identified nine categories of factors, many of which functioned as barriers to patient participation to achieve safer care.