

# Personcentrerad vård

en utmaning  
en möjlighet  
ett förhållningsätt

En studie om implementeringsprocesser

FÖRFATTARE	Lisa Viktoria Lindstrand
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng Examensarbete - Grundnivå
	VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lisen Dellenborg
EXAMINATOR	Annika Janson Fagring

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



*Stort tack till min handledare Lisen Dellenborg som har väglett mig under  
examensarbetet!*

Titel (svensk):	Personcentrerad vård; en utmaning, en möjlighet, ett förhållningsätt. En studie om implementeringsprocesser.
Titel (engelsk):	Person-centered care; a challenge, a possibility, an attitude. A study of implementation processes.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng
Kurs/kurskod:	Examensarbete i omvårdnad- grundnivå, OM5250
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	36 sidor
Författare:	Lisa Viktoria Lindstrand
Handledare:	Lisen Dellenborg
Examinator:	Annika Janson Fagring

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Personcentrerad vård innebär ett partnerskap mellan patient/anhöriga och vårdgivare och bygger på patientdelaktighet, samt att se individen bakom sjukdomen. Grunderna för utformningen av personcentrerad vård och delaktighet finns utformade i hälso- och sjukvårdslagen, men forskning visar att svensk sjukvård brister när det gäller att sätta patienten i centrum. Trots rapporterade fördelar med personcentrerad vård, med förbättrad hälsa hos patienten och kortare vårdtid, har det visat sig vara svårt att implementera den i den kliniska praktiken. Omvårdnaden på många sjukhusavdelningar präglas av traditionella normer och det saknas ofta rutiner och möjligheter att utföra och dokumentera en personcentrerad vård, vilket försvårar införandet av en strukturerad personcentrerad vård.

**Syfte:** Syftet med denna uppsats är att ta reda på förutsättningar för att implementera en strukturerad och hållbar personcentrerad vård inom hälso- och sjukvården.

**Metod:** En litteraturoversikt med både kvantitativa och kvalitativa artiklar sökta ur databaserna Cinahl och PubMed.

**Resultat:** Resultatet visar att vårdorganisation skapar förutsättningar för att lyckas implementera en hållbar personcentrerad vård genom förändring av traditioner, normer och rutiner inom sjukvården. Förändring kan ske genom att arbeta med utveckling på många plan från fysisk miljö, organisatorisk struktur, kompetensutbildning och personalens engagemang. Resultat visar också att medvetenhet om organisationskulturens karaktär är viktig för att kunna anpassa åtgärder och låta personalen bli en del av förändringsarbete. Vårdpersonalens engagemang och kompetens har betydelse för möjligheter att utföra en personcentrerad vård. För att utveckla vårdpersonalens kompetens, självkänedom och engagemang räcker det inte att enbart förlita sig på individuell motivation, utan det krävs också organisatoriskt stöd, en enighet om värderingar och effektivt teamsamarbete.

**Implikation:** Patientens ställning behöver stärkas genom förtydligande i lagar. Framtida forskning behöver fokusera på hela sjukvårdsteamets perspektiv för en större förståelse för förutsättningarna under implementeringsprocessen av personcentrerad vård. Fler studier behövs som kan ge mer kunskap om kompetensutveckling för att utveckla vårdpersonalens självkänedom och reflektera över beteenden och hur vi utför vården.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sid

<b>INTRODUKTION</b> .....	1
<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
Historik.....	1
Definition.....	2
Fördelar med personcentrerad vård.....	3
Hinder för personcentrerad vård.....	3
Kulturbegreppet.....	4
Hälsa.....	5
Patientdelaktighet.....	6
Illness och disease.....	7
Sjuksköterskans kompetensbeskrivning.....	7
Hälso- och sjukvårdslagen.....	8
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	8
<b>SYFTE</b> .....	9
<b>METOD</b> .....	9
<b>DESIGN</b> .....	9
<b>LITTERATURSÖKNING OCH URVAL</b> .....	9
<b>ANALYS</b> .....	10
<b>RESULTAT</b> .....	10
<b>ORGANISATION</b> .....	11
Medvetenhet om organisationskulturens påverkan på vårdresultatet och dess hållbarhet.....	11
Utvecklingsprogram, ny vårdform och hållbarhet.....	12
Ledningens stöd och engagemang.....	13
Utbildning och förståelse för personcentrerad vård.....	14
Teamarbete och arbetsbelastning.....	15
Rekonstruktion av vårdmiljön: Arbetsstationer ger bättre patientkontakt.....	15
Patientens berättelse och strukturerade rutiner.....	16
<b>PERSONAL</b> .....	17
Personalens engagemang, värderingar och hållbarhet av personcentrerad vård..	17
Professionell kompetens.....	18
<b>DISKUSSION</b> .....	18
<b>METODDISKUSSION</b> .....	18
Etiska ställningstaganden.....	20

<b>RESULTATDISKUSSION</b> .....	20
Karaktären på organisationskulturen.....	20
Verktyg för att utvärdera personcentrerad vård.....	21
Vårdprofessionernas roller och samarbete.....	21
Tidspress, arbetsbelastning och medicinsk prioritet.....	22
Personalens inställning.....	22
Kompetens och självreflektion.....	23
Värderingar.....	24
Helhetsperspektivet.....	24
<b>KONKLUSION</b> .....	25
<b>IMPLIKATION</b> .....	25
<b>REFERENSER</b> .....	27
<b>BILAGOR</b> .....	32
BILAGA 1 – Artikelsökning.....	32
BILAGA 2 – Artikelpresentation.....	33

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Sjuksköterskan arbetar hälsofrämjande, vilket innebär att förebygga och minimera risker för sjukdomar och hjälpa personer med ohälsa. Eftersom hälsa kan ses som process som individer själva skapar i relation till sin omgivning i det dagliga livet, innebär sjuksköterskans arbete att också se till helheten genom att förstå individens livsvärld. Genom att stärka en persons resurser, kunskap och önskemål kan relationen till sin hälsa få en annan innebörd. Under sjuksköterskeutbildningen har jag lärt mig detta holistiska förhållningssätt till patienten och tagit med mig det ut till den verksamhetsförlagda utbildningen. Sjukvården har däremot visat sig komplex där både synliga och osynliga faktorer försvårar ett holistiskt förhållningssätt till patienten. Jag har ofta reflekterat över sjukvårdspersonalens attityder till patienten och försökt förstå vad det är som driver vårdande. Är det sjukvårdens normer och rutiner eller patientens förutsättningar och preferenser som styr? Alltför ofta har jag konstaterat att fokus ligger mer på patofysiologi och på att patienten ska anpassa sig till vårdavdelningens normer och rutiner än tvärtom, att patientens upplevelser och behov är i fokus.

När jag genom delkursen "Omvårdnadsforskning i praktiken", kom i kontakt med Centrum för personcentrerad vård (GPCC), och fick kunskap om hur personcentrerad vård bedrivs, fick jag ett hopp om att kunna ge vård till patienten på patientens villkor. Jag förstod också att definitionen på personcentrerad vård inte är helt klar bland vårdpersonal, men att de värderingar som personcentrerad vård står för ändå är de flestas inom sjukvården. Trots detta finns det uppenbara hinder för att ge denna vård konsekvent. Det är min övertygelse att det krävs en förståelse för saker och tings innersta väsen för att en förändring ska kunna ske. Vilka är de faktorer som styr oss som individer och hur fungerar vårdorganisationen? Denna kunskap är angelägen för oss sjuksköterskor, eftersom vi enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning har en skyldighet att medverka i utvecklingsarbete inom sjukvården. Det som drivit mig att skriva denna uppsats är sökandet efter en förståelse för vilka förutsättningar som krävs för att som vårdare kunna arbeta personcentrerat och att i sin förlängning söka bidra till en positiv utveckling av hälso- och sjukvården.

## BAKGRUND

### Historik

Begreppet personcentrerad vård beskrivs ha sitt ursprung inom psykologi. Carl Rogers (1902-1987), en av grundarna till den humanistiska psykologin framlade under 1960-talet betydelsen av personens perspektiv och upplevelse av sin situation (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Psykologen Kitwood (1937-1998) använde sedan begreppet för att benämna en god vård av personer med demenssjukdom. Med begreppet personcentrerad vård argumenterade Kitwood grundantagandet att personen finns kvar även om man drabbats av en sjukdom som gör det allt svårare att ge uttryck för sina behov, sina känslor och upplevelser. Med fokus på vad personen kan göra, snarare än på de förmågor som gått förlorade skulle personen bemötas med respekt, samt synliggöra och tillgodose behov som närhet, meningsfullhet, aktivitet, glädje och beslutsfattande (Winblad & Sandman, 2008).

Redan under 1950-talet användes begreppet patientcentrerad medicin i kontrast till sjukdomscentrerad medicin (Swedberg, 2010). Mead och Bower (2000) sammanfattar patientcentrerad medicin, genom att beskriva den som ett medicinskt synsätt som ser patienten som en individ, och att patientens upplevelse av sjukdom (illness) är lika viktig som sjukdom (disease) och innefattar både ett psykologiskt och socialt perspektiv. De betonar vikten av en terapeutisk allians och ett delat ansvar mellan vårdgivare och patient.

Personcentrerad vård har genom forskning utvecklats inom äldre-och demensvården både nationellt och internationellt (Edvardsson et al., 2008; Winblad & Sandman, 2008; Kitwood, 1997; McCormack et al., 2004). Personcentrering eller patientcentrering som det också kallas, har fått en alltmer framträdande och central roll inom forskningslitteraturen och börjar bli allt mer centralt och betydelsefullt även inom slutenvård, akut och palliativ vård (Hörnsten, 2012). Personcentrerad vård innebär en övergång från en modell där patienten är det passiva målet för en medicinsk intervention, där fokus är på sjukdomen, symtomen, åldrandet eller ett visst beteende, till en modell där planering och genomförande av den egna vården och rehabilitering görs med patienten och ofta tillsammans med anhörig (Vårdhandboken, 2012).

Idag förespråkas personcentrerad vård av världshälsoorganisationen (WHO), som en viktig komponent vid kvalitativ vård och omsorg av kroniskt sjuka patienter (World Health Organization, 2010). The International Patient Organization (IAPO), har utvecklat dokumentet ”The Declaration on Patient-Centred Health Care”(2006), som uppmanar vårdgivare världen över att se på patienten som en person och inte som en sjukdom.

### **Definition**

Trots den ökade användningen av begreppet personcentrerad vård i litteraturen finns det ingen enighet om dess exakta definition (Edvardsson, et al., 2008). Det finns en rad olika begrepp och termer för personcentrerad vård som ofta används omväxlande, t.ex. patientcentrerad vård, individ-fokuserad vård och personcentrerad vård (Wolf, 2012). Begreppen personcentrering och patientcentrering används ofta synonymt i publikationer och i vården för att betona att vården ska planeras i samförstånd med patienten eller personen med ohälsa; samt att vårdrelationen skall bygga på partnerskap mellan vårdare och patient (Hörnsten, 2012).

Begreppet patient beskrivs objektifiera och reducera patienten till ett passivt mål för medicinsk behandling, medan personbegreppet öppnar upp för andra värden, resurser och prioriteringar (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Uttrycket "person" anses beteckna en humanistisk helhetssyn och individers lika värde, medan "patient" har beskrivits som ett reduktionistiskt, stigmatiserad term som skapar en oönskad differentiering och minskar därmed mänskligheten av subjektet (Wolf, 2012). Personcentrerad vård anses också vara något annat än begreppet individuell vård eller individfokuserad vård eftersom personen inte endast är en individ utan snarare finns och är beroende av sitt sociala sammanhang och sina närstående, vilka också inkluderas i begreppet person och därmed personcentrerad vård (Ekman, et al., 2011; Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Detta är det begrepp som används i den här uppsatsen.

Personcentrerad vård har definierats som ett begrepp som stödjer individens rättigheter, värderingar och föreställningar. Den strävar efter att förstå hela människan genom att intressera sig för individens livsvärld och livshistoria och utgår från varje persons potential för att involvera individen till delaktig i beslutsfattande (Edvardsson, et al., 2008; McCormack, 2004; Wolf, 2012). Personcentrerad vård beskrivs vara antitesen av reduktionism där personen inte bör reduceras till sin sjukdom, utan personens integration med sin omvärld, sina personliga styrkor, framtidsplaner och rättigheter är av betydelse (Leplege, et al., 2007).

### **Fördelar med personcentrerad vård**

Både svenska och internationella studier visar att personcentrerad vård, där patienten sätts i centrum har positiva effekter. Personcentrerad vård innebär för patienten större möjligheter till inflytande över behandlingen vilket har visats leda till bättre samarbete mellan vårdare och patient samt effektivare egenvård och ökad följsamhet till läkemedelsordinationer. Detta har resulterat i förbättrad hälsa och ökad patienttillfredsställelse och för samhället har det inneburit minskade kostnader relaterat till färre besök hos vårdgivare och kortare vårdtider (Hörnsten, 2012).

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC), Europas enda forskningscentrum för personcentrerad vård vid långvariga sjukdomstillstånd, har utvärderat personcentrerad vård vetenskapligt inom ortopedisk och internmedicinsk verksamhet. Deras forskningsresultat visar att personcentrerad vård är en effektiv vårdform som höjer vårdkvaliteten, samtidigt som den frigör vårdpersonal och sängplatser, då vården anpassas till varje enskild person och individens egna resurser tas tillvara. Personcentrerad vård ses som en lösning inför den förväntade ökningen av patienter med långvariga sjukdomstillstånd, som dagens sjukvård inte anses klara av med nuvarande resursanvändning (Göteborgs centrum för personcentrerad vård, 2012).

En forskningsstudie av patienter med höftfraktur som fått personcentrerad vård visar signifikant förbättrade smärtlindring och halverad vårdtid på sjukhus, vilket är till fördel för äldre eftersom tidig mobilisering efter operation är gynnsam för prognosen (Olsson, Karlsson & Ekman, 2006). Annan forskning har visat att när patienter med stabil kronisk hjärtsvikt blev tillfrågade om deras grad av andfäddhet, med en siffra mellan ett och fem, hade detta en oberoende prognostisk betydelse för överlevnad under fem år, justerat för alla kända riskfaktorer. Detta visar enligt Swedberg (2010), professor vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, att patientens egen upplevelse kan ha stor prediktiv betydelse, vilket belyser vikten av personcentrerad vård, vilken sätter lika stort fokus på patientens symtom som olika objektiva fynd.

### **Hinder för personcentrerad vård**

Grunderna för utformningen av personcentrerad vård och patientdelaktighet finns utformade i hälso- och sjukvårdslagen sedan 1982, men forskning visar att svensk sjukvård brister när det gäller att sätta patienten i centrum (Vårdanalys, 2013). Enligt en internationell extern utvärdering av patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård (Docteur & Coulter, 2013), brister den svenska sjukvården när det gäller att sätta patienten i centrum. Rapporten visar att patienter inte hålls välinformerade och brister i bemötandet av patienters individuella behov, värderingar och preferenser. Brister i vårdens helhetssyn av



patienten har observerats, där den centrala svagheten är dålig samordning och samverkan mellan vårdgivare.

Det anses att de biomedicinska strukturerna på sjukhuset medför begränsningar till att ge en personcentrerad vård på grund av att dagens sjukvård och merparten av medicinsk forskning fokuserar mer på patologiska förändringar än på patientens egen upplevelse (Swedberg, 2010). Sjukdomstecken beskrivs till exempel betydligt mer utförligt och noggrant i patientjournalen än patientens syn på obehagen. I databasen Melior finns det inte någon standardiserad information om vad patienten känner eller tycker (Swedberg, 2010). Forskarna Ekman, et al. (2012) har i en studie uppmärksammat att personcentrerade interaktioner generellt inte dokumenteras i patientjournalen och mycket lite dokumenteras om patientens önskemål och upplevelse av sin sjukdom eller behandling.

En rapport från *Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm* (2001) åskådliggör att patienter ofta måste ta sig igenom ett fragmenterat vårdssystem och anpassa sig till sjukvårdens och de professionellas sedvanor och procedurer, istället för att få en vård som fokuserar på individuella behov, preferenser och värderingar. Att inte få tillräcklig information, inte bli uppmärksammat och lyssnad på samt att inte bli sedd som en person med individuella behov och unika bekymmer har visats leda till osäkerhet i interaktionen med vårdare och missnöje med vården (Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2008; Hörnsten, Lundman, Khil-Selstam & Sandström, 2005 ).

Trots förekomsten av personcentrerade värden inom sjukvården går vårdprocesser i stort sett på gamla rutiner, vilka ger små möjligheter till bildandet av meningsfulla relationer mellan patient och vårdgivare (Ekman, et al., 2011). Personcentrerad vård anses användas inkonsekvent och osystematiskt och endast när det finns tid (Wolf, 2012; Ekman, et al., 2011). Även om den teoretiska kunskapen om personcentrerad vård ökar inom sjukvården, så äventyrar bristen på samförstånd om de komponenter och koncept som omfattar personcentrerad vård, förmågan att implementera vårdformen inom vårdmiljöer (Wolf, 2012).

### **Kulturbegreppet**

I uppsatsen och resultatet förekommer begreppet kultur i relation till personcentrerad vård, vilket kräver en förståelse av kultur som begrepp.

Kultur kan definieras som hela det raster av föreställningar, normer, värden, attityder, riter, symboler och handlingsmönster som kommer till uttryck i vardagen, vilka präglar hur individer upplever världen (Ahmadi, 2008). Kultur kan ses som ett socialt medvetande som gör det möjligt för människor att hantera de situationer vi ställs inför och gör våra handlingar begripliga och meningsfulla (Björngren-Cuadra, 2010). Eftersom kultur anses som en sammansättning av olika individuella och sociala dimensioner, där de inverkanse faktorerna som påverkar individen, är många och komplexa, leder det till att individer i en grupp med ”samma” kulturella bakgrund kan skilja sig från varandra (Ahmadi, 2008). Kultur är en dynamisk process som vi människor skapar och som alla mänskliga fenomen är kultur föränderligt över tid och rum (Jirwe, M, Momeni & Emami, 2009). Många definitioner finns om kultur och används i olika sammanhang och på olika nivåer, från olika konstarter till i princip all organisering av mänskligt liv och verksamhet. Kultur

förknippas också med grupper av människor med idén om att grupper kan skiljas åt genom att de har olika kulturer, med olika normer och handlingsmönster (Björngren-Cuadra, 2010).

Kultur kan också användas i en snävare betydelse, som kulturer i olika organisationer, där det uppstår en delad social förståelse (Carlström, 2009). Genom att utgå från att kultur berör alla människor, kan hälso- och sjukvården betraktas som en organisationskultur och vårdens yrkesgrupper och olika vårdenheter som subkulturer med egna begrepp, regler och sociala organisationsmönster. Gruppernas värderingar, uppfattningar och beteendemönster skapar en identitet och hjälper till att forma de anställdas beteende (Björngren-Cuadra, 2010). Det är i den betydelse som begreppet kultur används i denna uppsats.

Organisationskultur har beskrivits som ett mönster av grundläggande antaganden som utvecklas efter hand och dessa kulturelement innefattar värderingar, relationer till omgivningen, den fysiska miljön och regler som nyanställda kan lära sig. Dessa blir en del av strukturen och kan läras ut till nya medlemmar som det rätta sättet att uppfatta, tänka och känna på i förhållande till föreliggande problem. När de grundläggande antaganden väl är fastställda kan de till slut bli tagna för givna och förblir långvariga och kan vara svåra att ändra på. En del antaganden blir efterhand osynliga och undermedvetna, som organisationens värderingar och blir en del av de grundläggande antagandena (Bakka, Fivelsdal & Lindkvist, 2009).

## **Hälsa**

Hälsa är ett centralt begrepp i vårdens styrdokument, lagar och författningar. Sjuksköterskans hälsofrämjande arbete, som utgår från omvårdnadsvetenskaplig kunskap i kombination med medicinsk och folkhälsovetenskaplig kunskap, har till uppgift att minimera risker för och förebygga sjukdomar och hjälpa personer med ohälsoproblem, lidande och död (Willman, 2009). Eftersom hälsa kan förstås som en process som skapas i relation mellan individ, omgivning och samhälle (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012) handlar insatserna också om att förstärka en persons resurser och förmågor och till att uppleva meningsfullhet i olika situationer (Willman, 2009). Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att främja hälsa genom att arbeta utifrån individens tolkning av vad hälsa betyder för just denna enskilda person (Svensk sjuksköterskeförening, 2010)

Begreppet hälsa har utvecklats över tid och har påverkats av ökad kunskap och ändrade förutsättningar. Hälsobegreppet har många innebörder där människors tankar om hälsa har samband med både religiösa, filosofiska, ekonomiska, politiska, kulturella och etiska värderingar och tänkesätt (Willman, 2009).

I litteraturen finns det i princip två perspektiv av hälsodefinitionen. Den traditionella biomedicinska förklaringsmodellen definierar hälsa som frånvaro av sjukdom där uppgiften är att lindra och bota sjukdomar och försöka återställa hälsa. Det andra perspektivet är den humanistiska modellen, som utgår från hälsa och inte från sjukdom, där hälsa bygger på ett holistiskt synsätt på människan och individens upplevelse av meningsfullhet, känsla av sammanhang och välbefinnande. Tillsammans kan de båda perspektiven ge förståelse för människors hälsa och ohälsa (Willman, 2009). Världshälsoorganisationens (WHO)

hälsodefinition från 1948 säger att: ” Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaron av sjukdom eller handikapp”(Wikipedia, 2013).

Hälsan anses till stor del påverkas av den livsstil och de levnadsvanor som människan har. Men val av livsstil är inte alltid ett fritt intellektuellt val, utan valet kan vara styrt av livserfarenhet, samspel med andra, självkänsla och inte minst av den sociala positionen och utav det hälsofrämjande stöd som samhället kan erbjuda (Pellmer, et al., 2012). Enligt forskaren Michael Marmot (2006) är det hur vi lever i vardagen och hur vår omgivning ser ut som styr vår hälsa. Vår möjlighet till kontroll över våra egna liv och möjligheten till ett socialt engagemang och deltagande i samhället är av avgörande betydelse för hälsa, välbefinnande och livslängd. Ojämligheten inom dess områden skapar den sociala hälsogradienten, som Marmot kallar den, vilken visar att ju högre upp människan befinner sig i den sociala rangordningen, desto friskare är hon, och orsakerna finns i våra sociala förhållanden. Ett viktigt steg till att skapa en genomgripande förändring både för individen och samhället är att bli medveten och förstå de generella effekterna av att ha kontroll över sitt liv och möjligheten att delta i samhället. Han menar att utbildning, inkomst, yrke och föräldrarnas bakgrund är några av de rangordningssystem som påverkar hälsan. Michael Marmot menar att den psykologiska upplevelsen av ojämlikhet har genomgripande effekter på vår kropp och menar att sociala upplevelser påverkar hälsan.

### **Patientdelaktighet**

Patientdelaktighet är ett centralt begrepp i personcentrerad vård, vilken utgår från respekt för individens autonomi och ur det juridiska perspektivet har patientdelaktighet fått betydelsen att delta i beslut om vård och behandling. Patientdelaktighet och att skapa förutsättningar för patientdelaktighet inom vård och omsorg utgör en grund i såväl lagtexter som etiska koder och andra normerande dokument internationellt och i Sverige. Den svenska hälso-och sjukvårdslagen baseras på att patienten ska ges förutsättningar att vara delaktig i beslut, mer än patientens rättighet till delaktighet (Eldh, 2009). Hälso-och sjukvårdslagen säger att patienten ska ges möjlighet att uttrycka sin vilja och erbjudas individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

En förutsättning för patientdelaktighet i vården är dialogen vid informationsgivande, som ska bygga på patientens behov av information, vad patienten redan vet och vara anpassad till patientens situation. Genom dialogen utbyts kunskap och erfarenhet vilket bidrar till en gemensam uppfattning i beslut om vård och behandling. Denna samstämmighet, så kallad concordance, innebär att utgå från patientens situation och tillsammans diskutera sig fram till vad som till exempel är adekvat medicinering. För att patienten ska ta sin medicin som ordinerat, så kallad följsamhet till medicinering, är det viktigt att patientens och vårdarens perspektiv möts och concordance uppnås. Personcentrerad vård innebär att ta till vara på patientens preferenser och ge stöd till patienten att uttrycka sina känslor, tankar och förväntningar och få förståelse för vad dessa betyder för patientens vilja att medverka i behandlingen (Fossum, 2013). De faktorer som kan påverka följsamhet av läkemedel negativt är fysisk eller social utsatthet, hög ålder, psykisk sjukdom, etnisk minoritet eller kommunikationsproblem. I vissa vårdssituationer har patienten inte någon möjlighet att förmedla kunskap och erfarenheter på grund av till exempel medvetlöshet eller grav

demens. I dessa fall får vårdpersonalen ge den information som utifrån kunskap och erfarenhet bedöms vara relevant för patienten (Eldh, 2009).

### **Illness och disease**

Enligt patientcenteringsmodellen och grundantagandet i den personcentrerade vården är personens egen upplevelse av sjukdom och ohälsa, ”*illness*-perspektivet” lika viktig som ”*disease*-perspektivet”, vilket utgör de professionellas perspektiv på sjukdom och ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010; Stewart, et. al., 1995).

För den person som lever med sin sjukdom innebär den ofta något annat än för den som ser sjukdomen i ett medicinskt perspektiv. Både patient och vårdpersonal har med sig förförståelser som består av åsikter och föreställningar, vilka påverkar deras handlingar och attityder. Genom ny kunskap skapas nya delförförståelser, vilket genererar nya förförståelser, som antingen bekräftar eller reviderar tidigare uppfattningar. Denna förståelseprocess beskrivs inom hermeneutiken med den hermeneutiska cirkeln, som säger att helheten inte kan förstås utan delarna och att delarna inte kan förstås utan helheten (Birkler, 2009).

”*Illness*-perspektivet” inbegriper patientens känslor och förväntningar och patienten har ofta en förförståelse om vad besvären beror på. För att skapa en god relation mellan parterna och nå fram till en gemensam omvårdningsplan med sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser, är det av betydelse att vårdar-patient relationen bygger på en gemensam förförståelse. Genom att patienten förstår vårdarens objektiva uppfattning om sjukdom och vårdaren förstår patientens tankar om sina symtom och obehag, kan en förståelse för båda dessa världar bidra till en förståelse för hela personen, vilket gynnar gemensamma beslut (Fossum, 2009).

### **Sjuksköterskans kompetensbeskrivning**

Den legitimerade sjuksköterskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt och ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med lagar, förordningar, föreskrifter och andra riktlinjer. Sjuksköterskan huvudsakliga arbetsområden är: Omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling, utbildning, samt ledarskap (Socialstyrelsen, 2005).

De olika kompetensområdena innebär bland annat att ha förmåga till att:

- Tillgodose patientens basala och specifika omvårdningsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga.
- I dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling.
- Med omdöme, kunskap och noggrannhet informera och tillgodose patientens trygghet och välbefinnande vid undersökningar och behandlingar.
- Identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård.
- Medverka i fortlöpande systematiskt och dokumenterat kvalitets- och säkerhetsarbete och kontinuerligt förbättringsarbete.
- Reflektera över, motivera och medverka till att utveckla en god vårdmiljö.

## **Hälso- och sjukvårdslagen**

Vårdgivarens skyldighet regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Patientsäkerhetslagen (PSL) som ska stärka patientens roll i vårdorganisationen. Hälso- och sjukvårdslagen är en så kallad ramlag och innehåller de grundläggande reglerna för all hälso- och sjukvård. Den svenska lagstiftningen är uppbyggd kring vårdpersonalens skyldigheter att ge förutsättningar för patientdelaktighet, information och medinflytande (Hörnsten, 2012).

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS, 1982:763). Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och var och en som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen är ansvarig för hur de egna arbetsuppgifterna fullgörs, 6 kap 2 § PSL (SFS, 2010:659). Vidare står det i Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763):

”Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård” och detta innebär bland annat att vården ska:

- Bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.
- Främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Vården och behandlingen ska så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

Grunderna för utformningen av personcentrerad vård och patientdelaktighet finns således utformade i hälso- och sjukvårdslagen sedan 1982 (Swedberg, 2010).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Personcentrerad vård har inom forskningen visat sig höja vårdkvaliteten och vara mycket positiv för patientens hälsa och tillfredsställelse. Detta har också resulterat i kortare vårdtider med frigörande av vårdpersonal och sängplatser. Trots rapporterade fördelar med personcentrerad vård har det visat sig vara svårt att implementera den i den kliniska praktiken. Det saknas ofta rutiner och möjligheter att utföra och dokumentera en personcentrerad vård. Även om den teoretiska kunskapen om personcentrerad vård ökar så präglas omvårdnaden på många sjukhusavdelningar fortfarande av traditionella normer och rutiner, vilka försvårar införandet av en strukturerad personcentrerad vård. Patienter i Sverige idag upplever inte att de är tillräckligt delaktiga i vården trots att lagar och författningar bygger på att vården ska ge förutsättningar för patientdelaktighet. Dessutom står sjukvården inför en ökning av antal patienter med långvariga sjukdomstillstånd, något som dagens sjukvård inte anses klara av med nuvarande resursanvändning. Mot denna bakgrund och med tanke på att personcentrerad vård är en vårdform som bygger på patientdelaktighet är det angeläget att ta reda på vilka förutsättningar som krävs för att lyckas implementera en hållbar personcentrerad vård.

## SYFTE

Syftet med denna uppsats är att ta reda på förutsättningar för att implementera en strukturerad och hållbar personcentrerad vård inom hälso- och sjukvården.

## METOD

### DESIGN

Det här är en litteraturbaserad studie som grundar sig på åtta vetenskapliga artiklar.

### LITTERATURSÖKNING OCH URVAL

Inledningsvis påbörjades litteratursökningen med formulering av engelska sökord utifrån syftet med uppsatsen. Sökningarna gjordes i de internetbaserade databaserna Cinahl och PubMed, som gav relevanta träffar. PubMed, vilken innehåller referenser inom både medicin och omvårdnad, visade sig vara den databas som gav flest relevanta artiklar. Sökorden användes i olika kombinationer utifrån formulerat syfte och ändrades under processen för att hitta de mest intressanta artiklarna.

De sökord som användes var: *Person-centred care*, *personcentred care* (utan mellanslag), *person-centered care*, *best practices*, *nurses*, *develope*, *develpoing*, *challenges*, *limitations*, *attitudes* och *hospital setting*. Begränsningarna ”*Research article*” och ”*Peer reviewed*” vid sökning i Cinahl användes för att få fram artiklar med vetenskapligt innehåll.

Till och börja med var litteratursökningen öppen och alla abstrakt lästes i de artiklar vars titlar berörde personcentrerad vård/patientcentrerad vård. När abstraktet svarade mot syftet med uppsatsen lästes den i fulltext. Under processens gång valdes artiklar ut utifrån inklusionskriterier och exklusionskriterier, vilka sammanställs nedan. Slutligen valdes 17 artiklar för att vidare analyseras och sammanställas (Bilaga 1). Ytterligare urval vid närmare granskning resulterade i sex kvantitativa och två kvalitativa artiklar, varav en var en kvalitativ metasyntes av fyra artiklar. Sex stycken av de valda artiklarnas syfte svarade mot uppsatsens syfte, ytterligare två av artiklarna var relevanta även om själva syftet med artikelns studie inte motsvarade syftet med denna uppsats (Ekman, et al., 2011; Kjörnsberg, et al., 2010).

Artiklarna valdes utifrån inklusionskriterier:

- Studier främst om personcentrerad vård, men även patientcentrerad vård beroende på om resultat i studien var relevanta utifrån uppsatsens syfte.
- Personcentrerad/patientcentrerad vård relaterat till förutsättningar som påverkar personcentrerad vård.
- Personcentrerad vård och implementeringsprocesser.
- Relativt nya studier publicerade de senaste tio åren, från 2002 och framåt, samt vara skrivna på engelska.
- Personcentrerad vård och vårdresultat relaterat till förändring i vårdmiljön.

Artiklar valdes bort enligt exklusionskriterierna:

- Artiklar som inte gick att få i elektronisk fulltext genom Göteborgs universitet

exkluderades.

## ANALYS

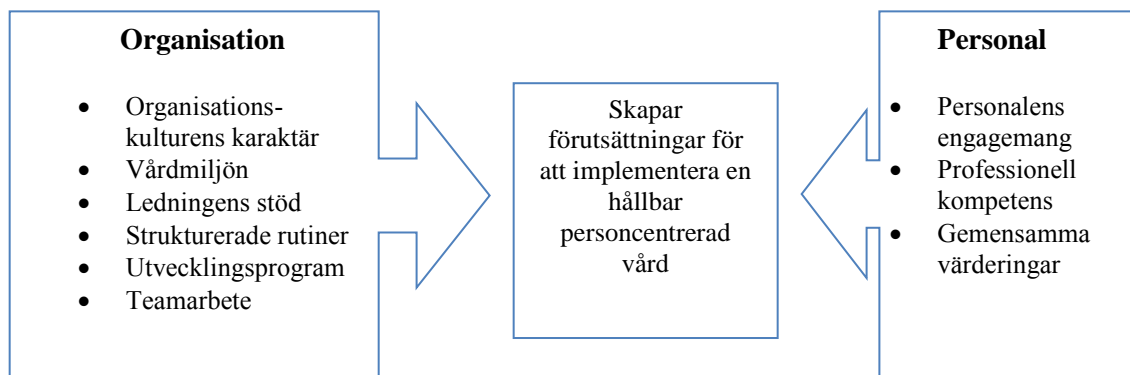
Valda artiklar analyserades och granskades enligt metoden litteraturoversikt av Friberg (2012). Litteraturoversikt är en lämplig metod för att få en översikt av forskningsläget inom ett område eller skapa en kunskapsgrund inför en kommande studie, enligt Friberg.

De valda artiklarnas kvalitet granskades både utifrån de med kvantitativ ansats och de med kvalitativ ansats. Vid kvalitetsgranskningen av studierna lades fokus på om det fanns ett tydligt problem formulerat, om syftet var klart formulerat och hur metoden och metoddiskussionen var beskriven. Artiklarna granskades också utifrån hur undersökningsspersonerna beskrevs och vad resultatet visade, samt hur data och resultat har analyserats och tolkats. Vid granskningen av de kvantitativa studierna fokuserades också på hur urvalet av deltagare till studien genomfördes och om de statistiska metoderna var adekvata. I de kvantitativa artiklarna granskades också om metodens generaliserbarhet diskuterades. Trots vissa svagheter i metod delen i artiklarna var de i sin helhet tillräckligt trovärdiga för att ha med i uppsatsen. Metodologisk kvalitetsgranskning redovisas i bilaga två, under respektive artikel.

Genom att bryta ner artiklarna till delar sattes de sedan ihop till en ny helhet enligt analysarbete beskrivet av Friberg. Artiklarna lästes igenom i sin helhet för att få en uppfattning om dess innehåll och sedan markerades de delar som tog upp förutsättningar respektive hinder för personcentrerad vård. Likheter och skillnader i studiernas resultat innehåll identifierades och jämfördes. Teman växte sedan fram under studiens gång och till slut skapades två huvudteman; Organisation och Personal, som var för sig delades in i underteman vilka resultatet presenteras utifrån.

## RESULTAT

Resultatet visar på betydelse av organisationskulturer, vårdmiljön, ledningens stöd, strukturerade rutiner, utvecklingsprogram, teamarbete, samt vårdpersonalens engagemang, professionell kompetens och gemensamma värderingar vid implementeringen av en personcentrerad vård.



Resultatet indelades i två övergripande teman: **Organisation** och **Personal**.

Temat **Organisation** har följande underteman:

- Medvetenhet om organisationskulturens påverkan på vårdresultatet och dess hållbarhet.
- Utvecklingsprogram, ny vårdform och hållbarhet.
- Ledningens stöd och engagemang.
- Utbildning och förståelse för personcentrerad vård.
- Teamarbete och arbetsbelastning.
- Rekonstruktion av vårdmiljön: Arbetsstationer ger bättre patientkontakt.
- Patientens berättelse och strukturerade rutiner.

Temat **Personal** har följande underteman:

- Personalens engagemang, värderingar och hållbarhet av personcentrerad vård.
- Professionell kompetens.

## ORGANISATION

### **Medvetenhet om organisationskulturens påverkan på vårdresultatet och dess hållbarhet**

En grupp forskare (Alharbi, Olsson, Dudas & Carlström, 2012) identifierar hur organisationskulturen påverkar möjligheterna att implementera en personcentrerad vård och hållbarheten av förändringen över tid.

Enligt forskarna tyder resultatet i deras studie på att en organisationskultur som främjar stabilitet, kontroll och målsättning kan kopplas till minskad patientsäkerhet. Detta särskilt vad det gäller förväntad förbättrad hälsa, ansvarsfrihet och det dagliga livet när det gäller vårdplanering, beslut om när patient kunde komma hem, klara sig själv och information om diagnos. Tidigare studier tyder på att en organisationskultur som karakteriseras av flexibilitet, sammanhållning och förtroende är fördelaktig för att inför en förändring som personcentrerad vård och förbättra kvaliteten på vården. Alharbi och hans kollegors studie visar däremot att för varaktigheten av personcentrerad vård krävs det en organisationskultur som främjar stabilitet, kontroll och målsättning.

Studiens syfte är att studera organisationskulturens påverkan på resultatet av en personcentrerad vård under implementeringen av personcentrerad vård på fem sjukhusavdelningar i Sverige. I den här studien fokuserar de på minskad patientsäkerhet i sin sjukdom, ett av de önskade resultaten av en personcentrerad vård, enligt forskarnas definition, som bygger på partnerskap, i vilket patienten spelar en aktiv roll i vården. Patientsäkerhet, kopplat till osäkerhet vid sjukdom har definierats av Mishel (1990), som beskriver att patientsäkerhet utvecklas när patienten inte kan konstruera en egen subjektiv tolkning av sitt sjukdomstillstånd, behandling och tiden som inlagd på sjukhus. Att patienter hamnar i denna osäkerhet motverkar det författarna definierar som personcentrerad vård.

För att identifiera organisationskulturen använder forskarna en teoretisk modell, utvecklad av Quinn och Rohrbaugh (1981), som delar in organisationskulturer i fyra olika modeller utifrån deras karaktär: mänskliga relationer (*human relations*), öppet system (*open system*), rationella mål (*rational goal*) och interna processer (*internal process*). För att inhämta data som visade sjuksköterskornas värdering av organisationskulturen som rådde på respektive vårdavdelning, användes en organisatorisk utvärderingsenkät, *The organizational values*



*questionnaire, OVQ*, utvecklad av Reino (2007).

### **Utvecklingsprogram, ny vårdform och hållbarhet**

I en Irländsk studie föreslår forskarna McCormack, et al. (2010) att det är nödvändigt med långsiktiga kulturella utvecklingsprogram för att utveckla och förankra en personcentrerad vård i de vardagliga rutinerna inom sjukvården. Resultatet i deras studie visar en signifikant positiv förändring av omvårdnadsresultatet där vården går från ett dominant fokus på en teknikfokuserad vård till en mer personcentrerad vård. Studien hämtade data från ett nationellt utvecklingsprogram på 18 äldreboenden på Irland, där programmet gick ut på att öka effektiviteten i den personcentrerade vården. Utvecklingsprogrammet formades av det personcentrerade teoretiska ramverk som utvecklats av McCormack och McCance (2006). Ramverket består av fyra delar och föreslår att hänsyn måste tas till dessa delar för att de bästa resultaten ska uppnås för patienter, familjer och vårdpersonal. Ramverket består av: *förutsättningar (prerequisites)*, såsom vårdpersonalens kompetens, skicklighet i sitt arbete och engagemang till sitt jobb, *vårdmiljön (care environment)*, som fokuserar på organisationens struktur, effektiva relationer och den fysiska miljön, *personcentrerade processer (person-centred processes)*, vilket innebär att arbeta med patientens önsknings, värderingar och engagemang) och *resultat (outcomes)* ramverkets centrala komponent, som utvärderar resultatet av den personcentrerade vården i praktiken.

I den här studien presenterar forskarna resultat med fokus på sjuksköterskornas upplevelse av förändringen av vårdmiljön till en mer personcentrerad vård. Sjuksköterskorna började under programmets gång att ge större prioritet till relationen med patienterna och deras familjer än till tekniska uppgifter. Forskarna drar slutsatsen att vårdmiljön är en nyckelfaktor som påverkar hur patienter/boende, familjer och vårdteam upplever personcentreringen.

I studien belyser de vikten av att utveckla effektivt lagarbete, hantering av arbetsbelastningen, tidsplanering och relationerna mellan personal för att skapa en vårdmiljö där det finns en mer demokratisk och inkluderande inställning och utrymme för bildandet av personcentrerade relationer. Detta menar forskarna ökar effektiviteten i den personcentrerade vården. McCormack, et al. (2010) beskriver en personcentrerad vårdmiljö som möjliggör för människor att växa både praktiskt, emotionellt, socialt och artistiskt. En sådan miljö innebär, enligt forskarna: minskad stress för sjuksköterskorna, ökad tillfredsställelse, lojalitet till organisationen och minskning av intentioner att lämna jobbet de följande åren.

Burack, Reinhardt, & Weiner (2012) betonar också vikten av en kulturell förändringsmodell för att kunna skapa en personcentrerad miljö inom vården. Studiens syfte vara att utvärdera implementeringen av personcentrerad vård och dess hållbarhet under en femårsperiod på 13 äldreboenden i USA.

Deras studie visar en initial förbättring av äldres valmöjligheter över basala vardagsaktiviteter, efter att vårdmiljön hade gått från en traditionell vårdmodell till en kulturell förändringsmodell med centrala personcentrerade principer. Den kulturella transformationen inkluderar strukturella, boendemiljö och interpersonella förändringar. Resultatet visar också på utmaningen av hållbarhet av den personcentrerade vården på sikt, då det initialt positiva forskningsresultatet med större upplevelse av valmöjligheter hos de äldre, minskade inom tre år.

Vissa aspekter av valmöjligheter, som de äldres fritidsaktiviteter, var mer mottagliga för

förändring mot mer självbestämmande för de äldre.

För att uppnå hållbarhet av det initialt positiva resultatet föreslår forskarna fortsatt formell utbildning av personal i personcentrerad vård och kontinuerligt besök av anläggningarna med den kulturella förändringen och inte bara i den inledande interventionsperioden för hållbarhet av den personcentrerade vården på sikt. Forskarna föreslår också att en medvetenhet om de variabler som är mer mottagliga för förändring kan ge andra vårdgivare, som vill starta en kulturell förändringsprocess, en startpunkt för förändring. De menar att en bra start med positivt resultat kan skapa entusiasm för personalen att fortsätta att arbeta med förändringsmodellen och på sikt uppnå en hållbar personcentrerad miljö.

I en studie om personalens upplevelse av övergången till en personcentrerad vård på en vårdavdelning (Kjörnsberg, Karlsson, Babra, Wadensten, 2010), betonar forskarna att det tar tid att ändra rutiner och att förändra människors sätt att arbeta då patientcentrerad vård innebär en förändringen av hela vårdorganisationens paradig. I studien definieras patientcentrerad vård som en vårdform som går från en uppgifts- och rutinbaserad organisation med hierarkiska strukturer till en organisationsmodell som ger möjlighet till en mer individualiserad vård. Den nya vårdformen innebär ansvar över färre patienter, mindre administrativt arbete, parvård och rekonstruktion av avdelningen, vilket skulle ge mer tid och möjlighet att komma närmre patienten. Personcentrerad vård ska, enligt forskarna främja ett mer rättvist möte mellan patient och vårdgivare, och uppmuntra patienten att delta mer i sin egen vård och se till patientens och familjens behov och önsknings.

### **Ledningens stöd och engagemang**

En amerikansk studie (Tellis-Nayak, 2006) har undersökt hur vårdchefer och arbetsmiljön påverkar införandet av en personcentrerad vård på 324 stycken äldreboenden i USA, genom enkäter som mätte grad av tillfredsställelse. Studien bygger på svar från undersköterskor, de boende och statliga inspektörer som har besökt boendet frekvent för utvärdering av kvaliteten på vården på boendet. Resultat visar att vårdchefer har en avgörande roll för undersköterskornas engagemang, lojalitet och arbetstillfredsställelse. Undersköterskornas arbetstillfredsställelse, lojalitet och engagemang påverkas av vårdchefens engagemang och blir starkare ju mer vårdchefen bryr sig och lyssnar till personalen. Forskarna drar slutsatsen att vårdchefer som skapar förutsättningar för en personcentrerad vårdmiljö vänder arbetarna till engagerade vårdgivare. Resultatet visar också att kvaliteten på vårdmiljön korrelerar med hur de boendes familjer och statliga inspektörer uppfattar kvaliteten på vården, då en engagerad personal till personcentrerad vård främjar välbefinnandet hos de boende.

I studien visar sig ledningens engagemang genom att uppskatta vårdpersonalens arbete, lyssna och bry sig om personalen, hjälpa till med stresshantering, inte snåla med material och förnödenheter som krävs för att göra ett bra arbete och genom att träna personalen på att hantera resider och familjemedlemmar, som upplevs som krävande.

Personcentrerad vård definieras av forskarna som en vård som bekräftar de boende och personalens värdighet, respekterar deras individualitet, maximerar deras valmöjligheter och ger dem självständighet.

I studien av McCormack, et al. (2010) innebar det organisatoriska stödet kompetensutveckling av personalen. Vårdpersonalen utmanades under studien till att reflektera och ställa frågor. De fick stöd och lära sig att ge och ta emot feedback. Deltagarna införde sedan dessa färdigheter i sitt dagliga arbete och uppmuntrades att

vidareutveckla sitt förtroende för dessa kunskaper för att utveckla en mer personcentrerad kultur.

En studie av McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal (2010), som syftar till att få en förståelse för förutsättningarna och hinder för personcentrerad vård, visar att engagemang till sitt arbete är essentiellt för att kunna utveckla en personcentrerad kultur. I studien framkom det att kontinuerligt stöd från ledningen är avgörande för dess framgång. Resultatet visar att personalens engagemang är otillräckligt i sig själv då andra faktorer, såsom ledningens stöd till personalen att upprätthålla sitt engagemang bestämmer till vilken grad engagemanget kan uppnås. Genom att engagera vårdpersonalen i arbetet får de vårdpersonal att arbeta personcentrerat.

I förändringsmodellen, som genomförts i studien av Burack, et al. (2012) genomfördes bland annat interpersonella förändringar för att stötta och främja en personcentrerad vård på äldreboenden. En gemenskapssamordnare tillsattes för att underlätta kommunikationen, bygga upp en känsla av gemenskap på boendet och för att främja interpersonella relationer. Samordnaren, som antingen var sjuksköterska eller socialarbetare på magisternivå, fungerade som en teamledare och uppmuntrade till kommunikation och problemlösning mellan de boende, vårdpersonalen och familjerna till de boende.

### **Utbildning och förståelse för personcentrerad vård**

En av utvecklingsaktiviteterna för vårdpersonalen, som användes i studien av McCormack, et al. (2010) var att utveckla vårdpersonalens förståelse för vad utvecklingsarbete innebär och de processer som används. Detta genom att bli bekant med det personcentrerade ramverket, som utgör grunden för studien och den praktiska utvecklingsmodellen, som är det centrala i programmet. Personalens observationer av vårdmiljön, relationerna i laget och vården hjälpte deltagarna att få en större förståelse för hur de arbetade och hur den personcentrerade vården upplevs av de äldre inom sina enheter.

I studien av Burack, et al. (2012) pågick utbildning till alla anställda under interventionsperioden om principerna för personcentrerad vård och var en del i det kulturella förändringsarbetet för att skapa en personcentrerad vårdmiljö. I utbildningen ingick teamövningar för att utveckla problemlösningar och beslutstagande inom boendet. Genom att besöka boenden där de implementerat personcentrerad vård, kunde de ställa frågor och göra observationer av hur det kunde se ut och lära av det.

I en studie av Ekman, et al. (2011) vars syfte var att studera effekten av personcentrerad vård på patienter med kronisk hjärtsvikt, förbereddes personalen inför implementeringen av den personcentrerade vården. Interventionen utvecklades av erfarna sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, samt representanter från den lokala patientföreningen och forskargruppen. Expertgruppen möttes tio gånger under en två-månaders period för att granska vanlig vårdpraxis och att diskutera och föreslå åtgärder för att anpassa vården till personcentrerad vård. Sedan fick all vårdpersonal en tre timmar lång introduktion till teori och tillämpning av personcentrerad vård. Under interventionsperioden övervakades och stöttades personalen i personcentrerad vård av särskilt insatta sjuksköterskor.

Inför planeringen av implementeringen av patientcentrerad vård på en vårdavdelning i

studien av Kjörnsberg, et al. (2010), deltog personalen i olika arbetsgrupper där de diskuterade och planerade hur utvecklingsprojektet skulle genomföras. Den nya vårdformen innebar ansvar över färre patienter, mindre administrativt arbete, parvård och rekonstruktion av avdelningen, vilket skulle ge mer tid och möjlighet att komma närmre patienten.

### **Teamarbete och arbetsbelastning**

McCormack, et al. (2010) visar att det krävs effektiva vårdteam för att hantera arbetsbelastningen och för att den personcentrerade vården ska upplevas konsekvent och kontinuerlig. Resultat i studien visar att hög arbetsbelastning var den största orsaken till stress bland sjuksköterskorna, vilket enligt forskarna hindrar en vårdmiljö att utveckla personcentrerade relationer, då engagemang och arbetstillfredsställelse minskar och personal tenderar att lämna sitt jobb. Resultat i studien visar också en förändring mot en mer effektiv planering av vården, när deltagarna inser vikten av en omedelbar bedömning av vårdbehovet, som en del av personcentrerad vård och vikten av att ett lag är enat kring hur de arbetar för att utvecklas tillsammans. Genom personalens engagemang i aktiviteter som gick ut på att observera och reflektera över hur de arbetar och över det som de tar för givet, bidrog till en vårdmiljö med mer ”hjälpamhet” mellan vårdteamen. Deras förståelse för effektiviteten av teamarbete, hantering av arbetsbelastning och personalrelationer resulterade i effektivare hantering av arbetsbelastningen. För att göra personal öppna för nya sätt att arbeta med de äldre krävdes flera insatser som bland annat innebar att gruppmedlemmarna börjar dagen med att gå igenom hur de skulle schemalägga de olika aktiviteter som behövde göras med boende. Personalen kontrollerade med varandra vilken hjälp de behövde med sitt arbete, vilket skapade ett mer effektivt team och en konsekvent och kontinuerlig personcentrerad vård.

I studien av Kjörnsberg, et al. (2010) upplevde majoriteten av sjuksköterskorna bättre samarbete och teamarbete genom parvården med undersköterskorna. Genom att planera och strukturera deras arbete tillsammans gav det dem större förståelse för varandras professionella roller, vilket gjorde arbetet mer effektivt och personcentrerat. Detta inkluderade också läkarna som kunde kommunicera direkt med både sjuksköterskan och undersköterskan. I samma studie var den mest uppskattade förändringen minskad administration, genom att en avdelningssekreterare tog emot alla inkommande telefonsamtal. Sjuksköterskorna behövde bara ta samtal som berörde deras egna patienter. Detta resulterade i mer tid till patienterna och arbetsmiljön upplevdes av många som tystare och mindre stressande, vilket gynnade en personcentrerad vård. En del av de intervjuade upplevde lättare arbetsbelastning då de nu hade färre patienter att ta hand om.

### **Rekonstruktion av vårdmiljön: Arbetsstationer ger bättre patientkontakt**

Studien av Kjörnsberg, et al. (2010) visar att hälften av sjuksköterskorna var positiva till den fysiska närvaron till patienterna genom att arbeta vid små arbetsstationer angränsade till patienternas rum. Rekonstruktion av avdelningen, genom utplacering av arbetsstationer i korridoren, var ett effektivt redskap till att kunna komma närmre patienterna. Detta genom att det blev lättare att svara på samtal från patienterna och upplevde att sjuksköterskorna var mer tillgängliga vilket stärkte upplevelsen av kvalitet på vården. Att inte alla sjuksköterskor var positiva till arbetsstationerna beror enligt forskarna på att vårdavdelningen inte ännu var fullt rekonstruerad för att passa den nya vårdmodellen,

vilket gjorde det svårt att arbeta patientcentrerat. Under studien fick sjuksköterskorna stå i korridoren vid temporära arbetsstationer som bestod av en medicinvagn med en laptop. Sjuksköterskorna upplevde det som svårt att skriva i patientjournalen och att ringa patienters anhöriga på grund av störande moment i korridoren och avsaknad av integritet. En del upplevde dock att arbetsstationerna underlättade en kontinuerlig dokumentation under arbetspasset.

### **Patientens berättelse och strukturerade rutiner**

I en studie (Ekman, et al. 2011) om effekten av personcentrerad vård på patienter med kronisk hjärtsvikt på vårdavdelning, visar resultatet vikten av att ta hand om värdefull patientinformation för att identifiera varje patients resurser och hinder för återhämtning och att styra planering och genomförande av vården. Patientens berättelse gjorde att de tidigt kunde identifiera varje patients fysiska och sociala resurser innan den faktiska försämringen av tillståndet, vilket möjliggör att sätta ett mål för hemgång av patienten. I studien var den personcentrerade vården särskilt utformad för att identifiera varje patients resurser och hinder för återhämtning och att styra planering och genomförande av vård.

Studieresultatet av personcentrerad vård visar att ADL-nivån, Aktiviteter i det Dagliga Livet, hade en signifikant förbättring och LOS (*Length Of hospital Stay*), längden på sjukhusvistelsen, blev reducerad med 2,5 dag och detta utan risk för återinläggning på sjukhus eller äventyrande av HRQL (*Health Related Quality of Life*), hälsorelaterad livskvalitet.

Den personcentrerade vården i studien bestod av tre strukturerade rutiner (Ekman, et al., 2011): "*Initiera partnerskapet*", "*arbeta med partnerskapet*" och "*skydda partnerskapet*".

- "*Initiera partnerskapet*" innebar i studien ett omfattande ankomst samtal där vårdpersonalen lyssnade till patientens berättelse för att få förståelse av hur patientens situation och symtom påverkar det dagliga livet. Baserat på detta och annan klinisk information utarbetas en preliminär personcentrerad vårdplan av vårdgivare, vilket inkluderade planerade undersökningar, mål, behandling och sjukhusvistelsens längd. Vårdplanen diskuterades med patienten och avslutades när en överenskommelse nåddes.
- "*Att arbeta med partnerskapet*" utfördes genom att sätta upp gemensamma mål, patient och vårdgivare tillsammans. Patienter uppmanades att vara så aktiv som möjligt, t.ex. komma ur sängen och stanna uppe och att undvika urinkatetrar. Patienterna fick betygsätta sina symtom på andnöd och trötthet på daglig basis med hjälp av en fem stegsskala. En strukturerad utvärdering syftar till att upprätthålla och förstärka ett partnerskap med patienten och att främja gemensamma beslutsfattande.
- Det tredje steget att "*skydda partnerskapet*" innebar dokumentation av planen, beslut och bedömningar och dokumenteras under hela vårdprocessen. Den personcentrerade vårdplanen fungerade också som stöd för beslutsfattandet och förfaranden vid utskrivning att säkerställa kontinuitet i patientens vård.

Forskarna definierar personcentrerad vård som ett partnerskap mellan patient och vårdgivare och menar att studieresultatet visar att personcentrerad vård har signifikanta fördelar jämfört med den konventionella vården.

Att patientberättelsen är viktig visar sig i studien av Burack, et al. (2012) där den organisatoriska ramen ändrades till en plattare struktur och beslutsfattandet kom ner på boendenivå. Detta ledde till att de anställda som känner de äldre och deras preferenser, historia och familjemedlemmar kunde bidra med värdefull information som annars skulle förbises. Detta underlättade beslut och vårdplaner som reflekterade de boendes preferenser, vilket resulterade i en mer personcentrerad vård genom att vårdplaneringen verkligen utgick från de boendes behov och önsningar.

## PERSONAL

### **Personalens engagemang, värderingar och hållbarhet av personcentrerad vård**

Att en organisation som värderar flexibilitet underlättar förändringsprocessen visar Carlström och Ekman (2012) i en studie, som utgått från samma forskningsprojekt som Alharbi, et al. (2012). Resultatet av deras studie visar att en organisation som karakteriseras av mänskliga relationer, med ”platta hierarkiska strukturer”, ”hög tolerans för misstag”, ”social kompetens” såsom ”flexibilitet”, ”sammanhållning” och ”tilltro” minskar sjukvårdspersonalens motstånd till förändring till en personcentrerad vård. Detta enligt forskarna genom minskad ”rutinsökande beteende” och tendenser att ”upprätthålla gamla rutiner”, med idén att ”förändring inte är bra”.

Syftet med studien vara att se sambandet mellan organisationskulturen och sjukvårdspersonalens vilja att delta i förändringsprocessen under implementeringen av personcentrerad vård på sjukhusavdelningar. Inför studien har forskarna utgått från antagandet att inte bara vårdmodeller, såsom personcentrerad vård, i sig själv påverkar resultatet av vården utan organisationskulturen har också en stor inverkan.

Personcentrerad vård definieras av forskarna som en modell där patienten och vårdpersonalen ska följa en individuell plan, som baseras på patientens resurser och en överenskommelse om partnerskap mellan patient och vårdpersonal. Den underliggande kulturen i sjukvårdsorganisationen definierades i artikeln som länken mellan individer och det kollektiva beteendet i sjukvårdsorganisationen.

I studien av Kjörnsberg, et al. (2010) betonar sjuksköterskorna att övergången till en patientcentrerad vård är en process som tar tid och förändras gradvis och att vårdmodellen bör modifieras enligt de speciella behoven på avdelningen. De anser att processen också är individuell och att sjuksköterskorna måste ha tålamod med varandra och låta det ta tid. Resultatet av studien visar att de positiva effekterna av patientcentrerad vård motiverade personalen att arbeta mot en fortsatt utveckling. *‘It’s good that we’re introducing it gradually, because it’s a process of change that has to happen and we’re a big group of staff, but the changes we’ve made so far have encouraged us to continue with this concept... you can see that in the end the care is better and you have more control over what is happening with the patient’* (Kjörnsberg, et al. 2010, s. 39).

McCormack, Karlsson, et al. (2010) visar vikten av värderingar hos individen, teamet och organisationen och dess påverkan på vårdresultatet. Studien visar att det oftast är hinder och blockeringar inom teamet, antingen kollektivt eller inom vissa individer som begränsar utvecklingen av en personcentrerad vård. Trots existensen av personcentrerade värderingar hos vårdpersonal visar resultat att vårdprocesser fortsätter att gå på rutin och tradition, då

personal värderar olika saker för de äldre, vilket ger få möjligheter till att skapa meningsfulla personcentrerade relationer till patienterna. Vårdpersonalens uttryck av olika värderingar bidrog till att patienter upplevde vården inkonsekvent. Studien identifierar att balansen mellan vårdpersonal som har åtagit sig att vara personcentrerad med dem som inte åtagit sig detta arbetssätt är kritisk för hållbarheten av den personcentrerade vården. Enligt forskarna visar resultaten i studien att personcentrerade värderingar är beroende av den miljö i vilken praktiken sker. De poängterar vikten av att utveckla ett brett fokus på personcentrering och placera personcentrerade relationer i kontexten i organisationers agenda för att den ska bli genomförbar och hållbar. Studiens analys baseras på det personcentrerade ramverk som utvecklats av McCormack och McCance (2006) som innehåller; förkunskaper (*prerequisites*), vårdmiljö (*care environment*), personcentrerade processer (*person-centred processes*).

I studien av McCormack, et al. (2010) gav gemensamma värderingar deltagarna en känsla av riktning och delad vision för deras fortsatta arbete. I utvecklingsprogrammet ingick det att utveckla en gemensam vision för framtiden, vilket gjordes genom aktiviteter som gick ut på att klargöra och vara överens om gemensamma värderingar.

### **Professionell kompetens**

McCormack, Karlsson, et al. (2010) studie visar att det finns ett behov av variation av kompetens för att kunna vara personcentrerad och klinisk effektiv. Studien visar en viktig länk mellan kompetens och interpersonella färdigheter, såsom skicklighet, innovation och risktagande för att kunna tillmötesgå patientens behov. Emotionell kompetens och interpersonell kompetens visade sig i studien vara en viktig del i personcentrering för att kunna sätta sig in i patientens situation och kunna samspela med patienten och utveckla effektiva relationer mellan sjuksköterskan och patienten. Den professionella kompetensen i form av språklig och kommunikativ kompetens var viktig för att inse vilket inflytande sjukvårdspersonalen kan ha på kulturen genom insikt att de behöver reflektera över sitt eget beteende för att kunna kommunicera annorlunda.

Även i studien av McCormack, et al. (2010) innebar aktivt lärande om språk och diskurs att personalen blev mer medvetna om språket de använder och hur språket kan påverka hur de betar sig och hur de ser på äldre människor. I studien introducerades deltagarna till en reflektionsmodell och till reflektionsfrågor i utvecklingsprogrammet för personcentrerad vård, vilket hjälpte deltagarna att utvärdera vården och identifiera det som de gjorde bra och vad som skulle kunna bli bättre och lärde sig att hantera konflikter och stressfulla situationer.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Syftet med litteraturöversikten var att få en förståelse för de förutsättningar som gör det möjligt att implementera en ny vårdform som personcentrerad vård och vad som gör den hållbar.

En inledande litteratursökning genomfördes, vilken skapade en överblick av aktuell

forskning om personcentrerad vård och om resultatet av den nya vårdformen. Vid informationssökningen visade det sig att mycket forskning finns om personcentrerad vård. De första sökningarna gjordes i databasen Cinahl, eftersom den innehåller referenser inom disciplinen omvårdnad. Antalet artiklar som svarade mot valt syfte var begränsade, vilket gjorde att referenser även söktes i databasen PubMed, vilken innehåller referenser inom både medicin och omvårdnad. PubMed gav många intressanta referenser vilket gjorde att ingen ytterligare databas användes. Eftersom personcentrerad vård är en vårdform som fått ökad uppmärksamhet under senare år och där forskning pågår, avgränsades sökningarna till att gälla artiklar publicerade de senaste tio åren. En annan avgränsning gjordes genom att fokusera på de artiklar som visar bra vårdresultat av personcentrerad vård och utläsa de faktorer som bidrag till dess genomförande. Sökningen var ändå öppen för att eventuellt hitta intressanta resultat även i de studier som tog upp brister vid personcentrerad vård och om det som inte fungerade. Antagandet var att genom att se till det som brister vid personcentrerad vård kan det visa vad som krävs för att kunna genomföra en hållbar personcentrerad vård.

I det andra steget i litteraturöversikten gjordes en avgränsning till ett urval av åtta artiklar från 17 relevanta abstrakt. Att endast åtta av de 17 artiklarna valdes till studien berodde på att de efter närmare granskning inte bidrog med relevant kunskap utifrån syftet, där fokus var på det som hade lyckats med personcentrerad vård. Två av artiklarnas titel svarade inte heller direkt på syftet med denna uppsats (Ekman, et al., 2011; Kjörnsberg, et al., 2010), men resultatet i studierna bidrog till att belysa problemområdet och togs med till analys. En av artiklarna (Kjörnsberg, et al., 2010) använde begreppet patientcentrerad vård, men författarnas definition på patientcentrerad vård överensstämde med den definition på personcentrerad vård som denna uppsats baseras på.

Av de åtta valda artiklarna hade två en kvalitativ ansats (Kjörnsberg, et al., 2010; McCormack, Karlsson, et al., 2010)) och sex stycken hade en kvantitativ ansats (McCormack, et al., 2010; Burack, et al. 2012 ; Tellis-Nayak, 2006; Carlström & Ekman, 2012; Alharbi, et al., 2012; Ekman, et al., 2011). De kvalitativa studierna beskriver subjektiva uppfattningar och enskilda personers upplevelser om de faktorer som skapar möjlighet till att ge en personcentrerad vård. De kvantitativa studierna gav en uppfattning om i vilken utsträckning patienter och närstående upplevde personcentrerad vård och i vilken utsträckning en viss karaktär av vårdorganisationen var och i personalens vilja till förändring.

Artiklarna i resultatet kommer från olika länder: USA, Sverige, Irland, Storbritannien. En av artiklarna är en kvalitativ meta-syntes av fyra oberoende studier från Irland, USA, Norge och Storbritannien. Resultatet kan ha påverkats av att sjukvårdssystemen och organisationskulturen i dessa länder inte fungerar på samma sätt. Oavsett detta förespråkas idag vårdformen av WHO som en viktig komponent vid kvalitativ vård och omsorg av kroniskt sjuka patienter, vilket gör strävan att ge en god humanistisk vård allmänt. Under litteratursökningen gjordes det fruktlösa försök till att hitta referenser i Asien. Det hade varit intressant att hitta en artikel som hade visat på ett lyckat implementeringsförsök från ett asiatiskt land, som präglas av en kultur med hierarkiska system. Vilket hade kunnat bidra till en intressant förståelse för förutsättningar för en personcentrerad vård, eftersom hierarkiska strukturer ger ett svårare utgångsläge, som studier som har redovisats i denna



uppsats visar (Carlström & Ekman, 2011). En artikel från Australien togs med till analys, men valdes sedan bort vid det sista urvalet, för att den inte svarade mot syftet.

Vidare är resultatet i den här uppsatsen begränsad utifrån ett holistiskt perspektiv av vårdmiljön då artiklarna presenterade data utifrån sjuksköterskors och undersköterskors perspektiv. Eftersom personcentrerad vård också utgår från ett effektivt teamarbete mellan alla aktörer inblandade i patientens vård, som läkare, sjukgymnaster, dietister och arbetsterapeuter hade det varit intressant med artiklar utifrån dessa perspektiv. Deras medverkan hade kunnat bidra till en större förståelse för förutsättningar under implementeringsprocessen av personcentrerad vård.

Utmaningen under analysen var att tyda resultaten i studierna så att de belyste förutsättningarna för personcentrerad vård och inte det som inte fungerade. Mycket av resultaten visar på bristen i vården, vilket också är en utgångspunkt för problemformuleringen. Det som brister i vården behöver inte nödvändigtvis vara det som hindrar personcentrerad vård, då ytterligare faktorer kan spela roll för ett lyckat resultat, vilket framtida forskning behöver studera. Inte förrän vetenskapliga studier tillämpar det som ersätter bristerna i vården, så kan effekten av förändringen visa om det medför en hållbar personcentrerad vård.

### **Etiska ställningstaganden**

Sex stycken av studierna var etiskt godkända i respektive land. I studierna (Burack, et al., 2012; Tellis- Nayak, 2006) framkom det inte att de var etiskt godkända. Med tanke på att det var familjernas och inspektörers åsikter som låg till grund för studien av Tellis- Nayak (2006) och inte de boendes, skapas frågeställningen; om det är etiskt försvarbart att inte inkludera de boendes uppfattning om vården? Resultatet visar att familjer till de boende upplever en kvalitativ vård när vårdchefen är engagerad i vårdpersonalen, vilket skapar förutsättningar för en personcentrerad miljö, genom engagerad personalen som är tillfreds med sin arbetsmiljö. Frågan som uppstår är hur de boende uppfattar den personcentrerade vården och om de också upplever en kvalitativ vård? Detta med tanke på att det i studien är familjernas tolkning av kvaliteten på vården och de boendes välmående.

I studien av Burack, et al.(2012) var det vårdpersonalen på äldreboendena som valde ut de deltagare som de ansåg kognitivt kapabla till att delta i studien. Detta kan bidra till att studieresultatets generaliserbarhet är begränsad, då vårdpersonalen kan ha underskattat personer med nedsatt kognitiv förmåga, med tanke på att vårdpersonalen inte alltid är tillräckligt kompetenta för att identifiera kapabla deltagare. Risken finns också att vårdpersonalen överskattar vissa personers förmåga till att delta, vilket inte heller blir etiskt försvarbart, då dessa personer i så fall inte har möjlighet att avgöra om de vill vara med i studien eller inte.

### **RESULTATDISKUSSION**

Syftet med denna uppsats var att ta reda på vilka förutsättningar som krävs för att kunna implementera en strukturerad och hållbar personcentrerad vård inom hälso- och sjukvården.

#### **Karaktern på organisationskulturen**

Det finns en vilja inom sjukvården till en förändring av sjukvårdens traditioner och kultur

(Ekman, et al. 2010; Swedberg, K, 2010; Liljegren & Löfberg, 2010; Andreen Sachs, 2005), samtidigt anses det att offentliga vårdorganisationer med långa och djupt rotade traditioner, såsom den i Sverige har en tendens att motstå förändringar. Medan en organisation som kännetecknas av flexibilitet, sammanhållning och förtroende underlättar förändringsprocessen, vilket har setts på vissa vårdavdelningar i Sverige (Alharbi, et al., 2012).

I resultatet framkommer det att två utmaningar för implementeringsprocessen av personcentrerad vård är svårigheten att få till en förändring och varaktighet över tid (Burack, et al., 2012; Alharbi, et al., 2012). Alharbi och hans kollegors studie indikerar däremot att en organisationskultur som värdesätter stabilitet, kontroll, planering och målsättning skulle kunna vara mer hållbar och upprätthålla önskat resultat av personcentrerad vård, än en kultur som karakteriseras av flexibilitet, sammanhållning och förtroende. Deras slutsats är i enlighet med tidigare studier som säger att en organisation som kan balansera båda dessa kulturella egenskaper har störst chans att framgångsrikt genomföra förändring och upprätthålla den. Eftersom organisationskulturen visar sig ha inverkan på implementeringsprocessen av personcentrerad vård, menar Alharbi, et al. (2012) att det krävs en medvetenhet av vårdchefer om karaktären på deras organisation för att lyckas med implementeringen av en ny vårdform. Frågeformuläret, *the organizational values questionnaire (OVQ)*, som användes i studien anser forskarna ha potential att användas som ett verktyg för att utvärdera organisationers karaktär (Alharbi, et al., 2012).

### **Verktyg för att utvärdera personcentrerad vård**

Resultaten visar att det krävs verktyg för utvärdering av personcentrerad vård. Burack, et al. (2012) belyser vikten av att kontinuerligt följa upp och utvärdera implementeringen av personcentrerad vård för att garantera att den förblir hållbar på sikt. McCormack & McCance (2010) har utvecklat ett personcentrerat ramverk, vilket forskarna anser kan användas som ett verktyg för utvärdering av personcentrerad vård. Ramverket möjliggör utveckling av en personcentrerad vård, genom fokus på vårdmiljö, vilket enligt författarna inbegriper fokus på den kontext där vården bedrivs, som den fysiska miljön, effektiva relationer, stöttande organisatoriska system och innovativa potential. Ramverket ska uppmuntra sjuksköterskor till att respektera patienter som individer och att bli medvetna om sina förutsättningar, vilka inkluderar professionell kompetens, självkänedom, interpersonell skicklighet och värderingar. För att utveckla en vårdmiljö med möjligheter till att ge en hållbar personcentrerad vård visar studier (McCormack, et al., 2010; Burack, et al., 2012) vikten av en genomgripande förändring av vårdmiljön för en hållbar personcentrerad vård, vilket innebär strukturella, miljömässiga och interpersonella förändringar.

### **Vårdprofessionernas roller och samarbete**

Utmaningen inför en förändring av organisationskulturen handlar också om vårdprofessionernas olika roller där det behöver utvecklas ett samarbete mellan disciplinerna. Dagens kliniska, patientnära forskning för läkare anses vara mest fokuserad på organfunktioner, medan den psykosociala aspekten av patienten mest ingår i omvårdnadsforskning, där sjuksköterskor och vårdvetare utvecklat en ny kunskap (Swedberg, 2010). Personcentrerad vård innebär att förändra synsättet kring patienten och

vården, men även kring begreppet omvårdnad. Omvårdnaden innebär bland annat att förstå patientens upplevelse av ohälsa genom att uppmärksamma vilka symtom som besväras mest, när och vad som lindrar (Ekman, 2009). När den psykosociala aspekten, genom patientberättelsen, får en central plats i personcentrerad vård, får begreppet omvårdnad en annan innebörd. Omvårdnad i personcentrerad vård innebär att patienten tillsammans med vårdgivarna, utifrån patientens upplevelse av sin sjukdom, utvecklar behandling och vårdplan, vilket engagerar alla disciplinerna. Detta innebär att till exempel läkaren också har ett omvårdnadsperspektiv genom att i sin anamnes inte endast fokusera på de sjukdomsprocesser som förklarar obehaget, utan även tar in den enskilda patientens kunskap, upplevelser och önskningar som grund till behandling. Det finns kritik mot att merparten av medicinsk forskning fokuserar på de patologiska förändringarna än på patientens egen upplevelse. Klinisk patientnära forskning för läkare anses fokuserad på organfunktioner, medan den psykosociala aspekten har överlåtits till sjuksköterskor och andra vårdvetare vid omvårdnadsforskning (Swedberg, 2010).

### **Tidspress, arbetsbelastning och medicinsk prioritet**

För att på allvar lyckas implementera en hållbar personcentrerad vård och sätta personen framför sjukdomen krävs det förutsättningar för att praktisera den. Resultat i Kjörnsberg, et al. (2010) studie visar behovet av att frigöra tid genom minskad administration. Forskarna menar att när det finns mycket att göra ser sjuksköterskor det nödvändigt att prioritera medicinska uppgifter på bekostnad av omvårdnad. Vid tidspress inom sjukvården är det ofta den sjukdomscentrerade vården som dominerar, vilket forskare menar beror på att sjukvårdspersonalen ger prioritet till medicinska göromål.

En studie av Wolf, et al. (2012) på en hjärtavdelning visar ett behov av vårdteamets möjligheter att leva upp till den personcentrerade vården. Vårdmiljöns starka fokus på rutiner gav vårdpersonalen små möjligheter att arbeta enligt önskade mål, vilket skapade känslor av skuld och otillräcklighet, framförallt hos sjuksköterskor. Detta menar forskarna kan leda till stress och utbrändhet. Resultat av McCormack, et al. (2010) studie visar att hög arbetsbelastning var den största orsaken till stress bland sjuksköterskorna, vilket hindrar en vårdmiljö att utveckla personcentrerade relationer, då engagemang och arbetstillfredsställelse minskar och personal tenderar att lämna sitt jobb. Sjuksköterskor som upplever en långvarig stress inom arbetet har ofta en högre frånvaro och en hög frånvaro av personal kan påverka arbetsmiljön och leda till en brist på kontinuitet i omvårdnaden (Billeter-Koponen & Fredén, 2005). Brist på kontinuitet motverkar personcentrerade principerna som säger att god kontinuitet leder till säker vård, där patienten upplever trygghet.

### **Personalens inställning**

Ansvar för att skapa förutsättningarna för att kunna implementera en ny vårdform, som personcentrerad vård, men ansvar för att genomföra förändringar och för hur vården utförs ligger också hos vårdpersonalen. I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) och i lagar och författningar (Patientsäkerhetslagen, 2010:659) uppmanas sjuksköterskan att arbeta evidensbaserat och att delta i förändringsarbete, vilket gör att sjuksköterskan har en skyldighet till att delta i utvecklingen av sjukvården.

Tidigare studier visar att faktorn med störst påverkan på implementeringsprocessen av en

innovation, var personalens åsikter, mer än de organisatoriska faktorerna. Om personalen ansåg innovationen som fördelaktig i jämförelse med existerande modeller ökade det möjligheterna för en positiv förändringsprocess (Alharbi, et al., 2012). Resultatet i studien av Carlström och Ekman (2012) visar att organisationskulturer som karakteriseras av flexibilitet, sammanhållning och tilltro ökar möjligheten till förändring, vilket stödjer teorin om att förändring induceras av kooperativa och stödjande kulturer (Firth-Cozens, 2001; Scott, et al., 2005). ”Rutinsökande beteende” och tendenser att ”upprätthålla gamla rutiner” kan enligt Carlström & Ekman (2012) framkalla rädsla hos sjukvårdspersonalen, vilket hindrar förändringsprocesser och spridning av innovationer inom sjukvården.

När organisationskulturen har blivit en del av organisationsstrukturen, som man spontant handlar efter, anses den vara svår att ändra på (Björngren-Cuadra, 2010); men med tanke på att kultur är en dynamisk process, som vi människor skapar och som är föränderlig (Jirwe, M, Momeni & Emami, 2009); så är det möjligt att på sikt forma en ny organisationskultur genom medvetenhet om beteenden och karaktären på organisationen, samt genom personalens engagemang.

### **Kompetens och självreflektion**

I resultaten framkom det att sjuksköterskans professionella kompetens och förmåga till självreflektion tillsammans med vårdmiljöns utformning påverkar processerna i den personcentrerade vården. McCormack, Karlsson, et al. (2010) identifierar att det finns ett dominant fokus på teknisk kompetens och för lite fokus på andra förståelser av kompetens. Forskarna menar att vårdpersonalens emotionella och interpersonella kompetens, som innebär att kunna sätta sig in i patientens situation och kunna samspela med patienten, kan vara avgörande för att utveckla personcentrerade relationer mellan sjuksköterskan och patienten. McCormack, Karlsson, et al. (2010) identifierar självkännedom (*”knowingself”*), som fundamentalt för personcentrerad vård. Detta innebär att sjuksköterskan har en förmåga att kunna separera sin egen person och sin professionella roll i relationen till patienten och inte låta känslorna ta överhanden, vilket kan resultera i en negativ upplevelse av patienten. Detta belyser betydelsen av intra-personell kompetens, vilket innebär självkännedom och interpersonell kompetens. Dessa egenskaper visar sig vara betydelsefulla för att kunna möta patienten och se personen bakom sjukdomen, med känslor och behov för att engagera patienten till att bli en aktiv partner i hans eller hennes behandling (Mead & Bower 2000). McCormack och McCance (2010) personcentrerade ramverk visar på betydelse av vårdmiljö med dess förutsättningar, både strukturella och personliga. Ramverket anses kunna användas som ett verktyg för att bli medveten om sina förutsättningar, vilka inkluderar professionell kompetens, självkännedom, interpersonell skicklighet och värderingar. Moralisk mognad, självreflektion och professionell arbetsetik är andra benämningar på kompetens som påverkar vårdpersonalens professionella utveckling och agerande gentemot patienten. Jane Sumner (2010) menar att genom klinisk erfarenhet kan ett självförtroende och en moralisk mognad utvecklas så att han/hon är kapabel till att vara självreflektiv, vilket möjliggör för sjuksköterskan att utvärdera sitt eget omdöme och få självkännedom. Detta minskar risken för ett själv skyddande beteende, som skapar en ovilja att kritiskt granska sig själv. Annan forskning visar att sjuksköterskor som kan demonstrera en professionell arbetsetik ger en vård med högre kvalitet, där motivationen är en viktig egenskap, vilket beskrivs som en inre process som kan uppnås genom sjuksköterskans självreflektion och stöd från ledningen (Bartzak, 2010). Bartzak

argumenterar för att de sjuksköterskor som endast ger minsta möjliga vård antingen saknar personlig insikt eller saknar inre verktyg för att förändra sitt beteende. Vidare säger Bartzak att en sjuksköterska som är medveten om bristerna i vården, men som inte agerar för att förändra detta utvecklar en inre spänning som kan leda till utbrändhet och till sämre vård. Avsaknad av kompetens och förmåga till kommunikation, samt en ostabil relation till patienten anses ha en negativ effekt på patientens fysiska och psykiska hälsa under sjukhusvistelser (Pope, 2012). Detta belyser vikten av att utveckla sjuksköterskans professionella kompetens genom adekvata strategier. Stöd till självreflektion och tillgängliga resurser kan hjälpa sjuksköterskan att ändra beteenden och påverka vårdresultatet.

### **Värderingar**

Enighet om värderingar är viktiga vid förändring av attityder, men anses också vara de egenskaper som är mest komplexa och utmanande att utveckla och utvärdera. Forskare argumenterar för att sjuksköterskor måste vara medvetna om de faktorer som påverkar deras attityder och beteenden och bli medvetna om deras egna övertygelser och värderingar. Även om sjuksköterskor är medvetna om det som förväntas av deras profession är de ofta omedvetna om deras egna övertygelser, värderingar och den omvårdnad som de faktiskt ger (Pope, 2012). Vilket också Ekman, et al. (2011) beskriver, där utmaningen inför deras studie inte var att övertala vårdpersonalen om att utföra en personcentrerad vård, utan att övertyga dem om att de inte praktiserade personcentrerad vård. Genom att bli medveten och reflektera över våra beteenden och hur vi utför vården har vi möjlighet att påverka implementeringsprocessen och leva upp till hälso- och sjukvårdslagens krav på att göra patienten delaktig. Processen att förstå sina känslor och övertygelser genom självreflektion anses alltför komplex för individen själv att utforska, utan kräver professionell hjälp (Pope, 2012), vilket stöder betydelsen av ledningens stöd till vårdpersonalen i dessa frågor under implementering av personcentrerad vård.

### **Helhetsperspektivet**

Professionell kompetens innebär också förmåga till att se helhetsperspektivet. För att göra patienten delaktig och kunna hjälpa patienten att uppnå bästa möjliga upplevelse av hälsa, kräver det att vårdpersonalen förstår patientens utgångsläge och de faktorer som påverkar hälsan utöver sjukdomen. Genom att båda parter förstår varandras perspektiv, *illness*, respektive *disease*, skapas en förutsättning för ett bättre partnerskap, där samtalet kan ge en förståelse för vad som kan vara en gemensam utgångspunkt för åtgärd (Fossum, 2007). För detta krävs det en förståelse för de faktorer som påverkar patientens val, även då patientens egna val kan riskera hälsan, som att fortsätta röka trots negativa effekter, neka till operation eller att inte vara följsam till medicineringen. En sådan vård bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, något som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763)

Personcentrerad vård möjliggör detta genom dess holistiska förhållningssätt som utgår från patientens berättelse och kunskap om sitt tillstånd och sedan relatera den till den medicinska evidensen som ligger till grund för behandlingen (Ekman, et al., 2012). Detta innebär också att vara öppen för att något kan hjälpa en patient under vissa förutsättningar, medan något annat kan hjälpa patienten under andra förutsättningar. Personcentrerad vård bör inte bli en metod där rutinerna styr över patienten. För att verkligen ge en personcentrerad vård som ser till individens preferenser krävs det flexibilitet och tålmod

till att låta den nya vårdformen anpassa sig efter patienten och inte tvärtom.

## **KONKLUSION**

Trots att grunderna för utformningen av personcentrerad vård och delaktighet finns utformade i hälso- och sjukvårdslagen sedan 1982, brister svensk sjukvård när det gäller att sätta patienten i centrum. Detta betyder att sjukvården inte fullt lever upp till de lagar och riktlinjer som säger att hälso- och sjukvården ska skapa förutsättningar för patientdelaktighet och att sjuksköterskan inte kan leva upp till sin kompetensbeskrivning som baseras på personcentrerade värderingar.

För att säkerställa patientdelaktighet krävs det att personcentrerad vård används systematiskt och konsekvent inom sjukvården. Det behövs både etableras rutiner som integrerar personcentrerad vård i praktiken och en förändring av sjukvårdens traditioner, värderingar och normer.

En vårdorganisation skapar möjligheter för att lyckas implementera en hållbar personcentrerad vård genom att vara medvetenhet om ”organisationskulturens” karaktär och anpassa åtgärderna utifrån det och låta personalen bli en del av förändringsarbete. Genom att arbeta med utveckling på många plan från fysisk miljö, organisatorisk struktur, kompetensutbildning och personalens engagemang kan en förändring av traditioner och organisationskulturen ske. Vårdpersonalens engagemang och kompetens, som innefattar både intra- och interpersonell kompetens har betydelse för möjligheter att utföra en personcentrerad vård. För att utveckla vårdpersonalens kompetens, självkänedom och engagemang räcker det inte att enbart förlita sig på individuell motivation, utan det krävs också organisatoriskt stöd och en enighet om värderingar och effektivt teamsamarbete.

## **IMPLIKATION**

För att säkerställa att personcentrering används konsekvent inom sjukvården är det viktigt att stärka patientens ställning genom förtydligande i lagar, framför allt då hälso- och sjukvårdslagen är en skyldighetslag som är uppbyggd kring vårdpersonalens skyldigheter att ge förutsättningar för patientdelaktighet, information och medinflytande.

Utifrån ett holistiskt vårdperspektiv finns det ett behov av att få en förståelse för hela sjukvårdsteamets perspektiv i personcentrerad vård, vilket innefattar alla aktörer som är inblandade i patientens vård, vilka bland annat inbegriper: läkare, sjukgymnaster, dietister och arbetsterapeuter. Deras medverkan kan bidra till en större förståelse för förutsättningar under implementeringsprocessen av personcentrerad vård.

Resultat i uppsatsen visar också betydelsen av sjukvårdpersonalens kompetens och självkänedom för att utveckla personcentrerade relationer. Fler studier behövs som kan ge mer kunskap om kompetensutveckling för att göra vårdpersonalen medveten och reflektera över beteenden och hur vi utför vården.

Sjukvården är en komplex organisation och det innebär en stor utmaning att implementera personcentrerad vård. Genom organisatoriskt stöd till vårdpersonalen, enighet bland

sjukvårdspersonalen om värderingarna som personcentrerad vård står för, samt genom ett självreflekterande beteende är det möjligt att utveckla ett personcentrerat förhållningsätt och leva upp till hälso- och sjukvårdslagens krav på att göra patienten delaktig.

## REFERENSER

Alharbi, TS., Ekman, I., Olsson, L-E., Dudas, K., & Carlström, E. (2012). Organizational culture and the implementation of person centered care: results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy*, 108(2-3), 294-301. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.09.003.

Ahmadi, F. (2008). *Kultur och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Andreen Sachs, M. (2005). *Utan vilja – ingen säker vård*. Hämtad mars 22, 2013, från <http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=1974>

Bartzak, PJ. (mars/april 2010). Professional work ethic: strategies to motivate bedside nurses to deliver high-quality patient care. *Medsurg Nurs* 19(2), 85-9. Hämtad från <http://web.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/detail?sid=3a095643-1d0e-43d7-83d0-bc29139d1690%40sessionmgr111&vid=1&hid=117&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=afh&AN=49783266>

Billeter-Koponen, S., & Fredén, L. (2005). Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scand J Caring Sci*. 2005 *Mars* 19(1):20- 7. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00318.x

Birkler, J. (2009). *Filosofi och omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Björngren-Cuadra, C. (red.) (2010). Introduktion. *Omvårdnad i mångkulturella rum*. (s. 27-37). Lund: Studentlitteratur.

Brown, JB., Stewart, M., Weston, WW., Freeman, TR. (2003). Introduction. I: Stewart, M., Brown, J., McWhinney, I., McWilliam, C. & Freeman, T (red.) *Patient- centred medicine. Transforming the clinical method 2*:a uppl. (s.3-7) Hämtad mars 22, 2013, från [http://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=qnfytcp9neUC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Patient+centred+medicine+.+Transforming+the+clinical+method&ots=WSSLc4NnLI&sig=WkK-R-ejM9F83Cj5xH5vvzXudGw&redir\\_esc=y](http://books.google.se/books?hl=sv&lr=&id=qnfytcp9neUC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Patient+centred+medicine+.+Transforming+the+clinical+method&ots=WSSLc4NnLI&sig=WkK-R-ejM9F83Cj5xH5vvzXudGw&redir_esc=y)

Burack, OR., Reinhardt, JR., & Weiner, AS. (2012) Person-Centered Care and Elder Choice: A Look at Implementation and Sustainability. *Clinical Gerontologist*, 35:5, 390-403. doi:10.1080/07317115.2012.702649

[Carlström, E. \(2009\). \*Vårdchefer: konsten att leda\*. Lund: Studentlitteratur.](#)

Carlström, ED., & Ekman, I. (2012). Organizational culture and change: implementing person-centred care. *J Health Organ Manag.*, 26(2), 175-91. doi: 10.1108/14777261211230763

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *A new health system for the 21st century. Crossing the quality chasm*. Hämtad december 5, 2012,



från [http://books.nap.edu/html/quality\\_chasm/reportbrief.pdf](http://books.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf)

Docteur, E & Coulter, A. (2013). *Patientcentrerad i svensk hälso- och sjukvård*. Hämtad 22 mars 2013, från <http://www.varदानalys.se/PageFiles/226/2012-5-Patientcentrerad-web.pdf>

Edvardsson, D. Winblad, B. & Sandman, PO. (2008). Person-centred care for people with severe Alzheimer's disease – current status and ways forward. *The Lancet Neurology* 2008;7, 362-67. Hämtad från: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.ub.gu.se/science/article/pii/S1474442208700632>

Ekman, I. (2009). Symtom och tecken på ohälsa. I Edberg, A-K., & Wijk, H (red.), *Omvårdnadens grunder: hälsa och ohälsa 1:a uppl. (s.207-223)*. Lund: studentlitteratur

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., et al. (2011). Person-centered care- Ready for prime time. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06008

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, LE., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33, 1112–1119. doi:10.1093/eurheartj/ehr306

Eldh, AC. (2009). Delaktighet och gemenskap. Edberg, A-K & Wijk H (red.), *Omvårdnadens grunder- hälsa och ohälsa (s 45-62)*. Lund: Studentlitteratur.

Eldh, A-C., Ekman I., Ehnfors M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*, 11, (3): 263–271. Hämtad från <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.ub.gu.se/doi/10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x/pdf>

Fossum, B. (2009). Framgångsrika kommunikationsmodeller. I: B. Fossum (red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården (s. 187-198)*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten 2:a uppl. (s. 133-143)*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg, F (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten 2:a uppl. (s. 111-119, 121-131)*. Lund: Studentlitteratur.

Göteborgs centrum för personcentrerad vård (GPCC). (2013) Hämtad december 10, 2012, från <http://www.gpcc.gu.se/>

Socialdepartementet (2012). *Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)*. Hämtad december 15, 2012, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Hörnsten, Å. (2012). *Vad innebär personcentrerad vård?* Hämtad december 10, 2012, från <http://www.varदानhandboken.se/Texter/Personcentrerad-vard/Oversikt/>

Hörnsten Å., Lundman B., Kihl Selstam E., Sandström H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6): 609–617.

Jirwe, M., Momeni, Pardis., & Emami, A. (2009). Kulturell mångfald. Friberg, F., Öhlén, J. Redaktör (red.), *Omvårdnadens grunder -perspektiv och förhållningssätt*. Upplaga 1:2.

(s.453-470). Lund: Studentlitteratur.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press

Kjörnsberg, A., Karlsson, K., Babra, A., & Wadensten, B. (2010). Registered nurses' opinions about patient focused care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 35-44. Hämtad från:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=527e30dc-ac31-4ffe-9223-b369fdf8d7f6%40sessionmgr110&vid=4&hid=117>

Leploge, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disabil Rehabil*, 29(20-21),1555-65. doi:10.1080/09638280701618661

Liljegren, A & Löfberg E. (2010). *Vi måste våga förändra invanda traditioner och kulturer*. Hämtad mars 22, 2013, från <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=15455>

Magnusson, A.(2013). *Vårdmiljö & arbetsmiljö*. Hämtad februari 26, 2013, från <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/Yrken-och-Vard-A-O/Vardmiljo--arbetsmiljo/>

Marmot, M. (2006). *Status-syndromet -Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och kultur.

Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc. Sci. Med.* 2000;51(7):1087-110. doi: [org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](http://org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)

McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *J Clin Nurs*, 13(3a), 31-8. Hämtad från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15028037>

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C., & Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 93–107. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x.

McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scand J Caring Sci*, 24, 620–634. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x

McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56, 1–8 doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Olsson LE, Karlsson J, Ekman I. (2006). The integrated care pathway reduced the number

of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *J Orthop Surg Res* 2006, 1:3. doi: 10.1186/1749-799X-1-3

Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande Folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Rydbäck, J.(2012). *Lagstiftning (patientens rättsliga ställning)*. Hämtad december 10, 2012, från <http://www.varhandboken.se/Texter/Patientens-rattsliga-stallning/Lagstiftning/>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2010:659. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad: december 5, 2012, från [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2009) *Nationella indikationer för god vård*. Hämtad december 15, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Sumner, J. (2010). Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: a critical perspective. *Nurs Philos*, 11(3),159-69. doi: 10.1111/j.1466-769X.2010.00445.x.

Svensk sjuksköterskeförening (2010). *Personcentrerad vård*. Hämtad mars 21, 2013, från [http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80\\_26nov\\_OM%20Personcetrerad.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf)

Swedberg, K. (2010). *Personcentrerad vård-klinikens comeback*. *Läkartidningen*, volym 107(6),320-321. Hämtad från [http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/13699/LKT1006s320\\_321.pdf](http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/13699/LKT1006s320_321.pdf)

Tellis-Nayak, V. (2006). A person-centered workplace: the foundation for person-centered caregiving in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1):46-54. doi: 10.1016/j.jamda.2006.09.009

The International Alliance of Patients' Organizations (IAPO) (2006). *Declaration on Patient-Centred Healthcare*. Hämtad mars 21, 2013, från <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=712&n=312>

Wikipedia (2013). Hälsa. Hämtad april 10, 2013, från <http://sv.wikipedia.org/wiki/Hälsa>

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. Edberg, A-K & Wijk, H. Redaktör, (red.), *Omvårdnadens grunder- hälsa och ohälsa*(s. 27-43). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (WHO) (2010). *Third Geneva Conference on Person-centred Medicine*. Hämtad mars 21, 2013, från [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2010/geneva\\_conference\\_20100503/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2010/geneva_conference_20100503/en/)

World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization. Hämtad mars 21, 2013, från [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)

Wolf, A. (2012). Person-centred care: Possibilities, barriers and effects in hospitalised patients. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Hämtad från <http://hdl.handle.net/2077/29206>

## BILAGOR

### BILAGA 1 – Artikelsökning

Databas och sökdatum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda Artiklar
PubMed 121122	Person-centered care	Engelska, svenska	50 st	4 st	2 st	1st
PubMed 121122	Person-centred care, nurses	2002-2012 engelska, svenska	109 st	5 st	3 st	1 st
PubMed 121122	Person-centred care, nurses, attitudes	2002-2012 engelska, svenska	37 st	3 st	5 st	1 st
PubMed 121122	Person-centered care, implementation, nurses	2002-2012 engelska, svenska	88 st	4 st	1 st	1 st
Cinahl 121122	Patientfocused care, nurses	2002-2012 engelska, svenska	27 st	2 st	2 st	1 st
Cinahl 121123	Person-centered care, implementation, sustainability	2002-2012 engelska, svenska	3 st	1 st	1 st	1 st
PubMed 121123	Person-centered care, workplace	2002- 2012 engelska, svenska	5 st	2 st	1 st	1 st
PubMed 121123	Person-centred care, personcentredness	2002-2012 engelska, svenska	30 st	3 st	2 st	1 st

## BILAGA 2 – Artikelpresentation

**Författare:** Alharbi, TS., Ekman, I., Olsson, L-E., Dudas, K., & Carlström, E.

**Publicerings år:** 2012

**Titel:** Organizational culture and the implementation of person centered care: results from a change process in Swedish hospital care.

**Tidskrift:** *Health Policy*

**Land:** Sverige

**Syfte:** Studiens syfte var att studera organisationskulturens påverkan på resultatet av en personcentrerad vård under implementeringen av personcentrerad vård på fem sjukhusavdelningar.

**Metod:** Kvantitativ metod. Data hämtades från 220 patienter som svarade på ” The uncertainty cardiovascular population scale (UCPS) och från 117 sjuksköterskor som svarade på ” the organizational values questionnaire (OVQ), som undersöktes med en regressionsanalys.

**Resultat:** Resultatet i deras studie visade att en organisationskultur som främjar stabilitet, kontroll och målsättning kan kopplas till hållbart resultat av personcentrerad vård, i denna studie minskad patientosäkerhet.

**Metodologisk kvalitet:** Endast fokus på en aspekt av personcentrerad vård (patientosäkerhet) under studien. Det hela holistiska perspektivet på personcentrerad vård undersöks inte.

**Författare:** Burack OR, Reinhardt, JR, & Weiner AS.

**Publicerings år:** 2012

**Titel:** Person-Centered Care and Elder Choice: A Look at Implementation and Sustainability.

**Tidskrift:** *Clinical Gerontologist*

**Land:** USA

**Syfte:** Att studera effekterna och hållbarheten av personcentrerad vård på äldres valmöjligheter, på äldreboenden under en kulturell förändringsmodell under en fem-års period.

**Metod:** Kvantitativ metod. 13 äldreboende ingick i studien, varav 7 stycken ingick i pilotgruppen, där de boende svarade på en livskvalitet intervju, vilken inkluderade ”the Duncan Choice Index” (Duncan-Myers & Huebner, 2000), som ställde frågor angående de äldres valmöjlighet över vardagsaktiviteter på äldreboendet.

**Resultat:** Resultat visade att det initialt positiva forskningsresultatet med större upplevelse av valmöjligheter hos de äldre, minskade signifikant inom tre år.

**Metodologisk kvalitet:** Ej randomiserad. Inklusionskriterier för att delta i studien valdes av vårdpersonal på boenden. Detta kan påverka vilka som valdes ut för intervju, vilket begränsar studieresultatets generaliserbarhet.

**Författare:** Carlström, ED., & Ekman, I.

**Publicerings år:** 2012

**Titel:** Organizational culture and change: implementing person-centred care.

**Tidskrift:** *Journal of Health Organization and Management.*

**Land:** Sverige

**Syfte:** Syftet med studien vara att se sambandet mellan organisationskulturen och sjukvårdspersonalens vilja att delta i förändringsprocessen under implementeringen av personcentrerad vård på sjukhusavdelningar.

**Metod:** Kvantitativ metod. Inkluderade 170 sjuksköterskor. Undersökningen inkluderade två instrument: the organizational values questionnaire(QVQ) och the resistance to Change scale (RTC).

**Resultat:** Resultatet av deras studie visade att en organisation som karakteriseras av mänskliga relationer minskar sjukvårdspersonalens motstånd till förändring till en personcentrerad vård.

**Metodologisk kvalitet:** Då det inte fanns en svensk version av instrumentet OVQ, översattes instrumentet från originalspråk till svenska och sedan översattes den svenska versionen tillbaka till originalspråk för granskning av instrumentets skapare.

Översättningen genomgick en lång procedur av granskning, bland annat av professionella översättare. Trots detta kanske instrumentet har genomgått en förändring vilket gör den till ett nytt instrument som egentligen inte har provats i en studie förut. Kan det påverka trovärdigheten av resultatet?

**Författare:** Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M & Swedberg K.

**Publicerings år:** 2011

**Titel:** Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study

**Tidskrift:** *European Heart Journal*

**Land:** Sverige

**Syfte:** Syftet var att utvärdera hur personcentrerad omvårdnad påverkar vårdtiden, ADL och hälsorelaterad livskvalitet vid vård av hjärtsvikts patienter

**Metod:** Kvantitativ metod. 248 patienter med hjärtsvikt ingick i studien. Av dessa fick 123 patienter ”vanlig” omvårdnad och 125 patienter fick personcentrerad omvårdnad. Fem medicinska vårdavdelningar deltog. Bortfallet var presenterat.

**Resultat:** Studien visade att interventionsgruppen hade förkortad vårdtid på sjukhuset och förbättrad ADL, utan att påverka tiden för återinskrivning. Ingen skillnad påvisades inom hälsorelaterad livskvalitet mellan grupperna.

**Metodologisk kvalitet:** Ej randomiserad, vilket påverkar studieresultatets generaliserbarhet. Proof-of-concept studie. Stort bortfall både i urvalsprocessen och under studiens gång, vilket förklaras med att avancerade symtom och krav på tidig inklusion inom 24-48 h.

**Författare:** Kjörnsberg A, Karlsson K, Babra A, & Wadensten B.

**Publicerings år:** 2010

**Titel:** Registered nurses' opinions about patient focused care.

**Tidskrift:** *Australian Journal of Advanced Nursing*

**Land:** Sverige

**Syfte:** Att utvärdera sjuksköterskors åsikter om organisatorisk förändring till en patientfokuserad vård på en vårdavdelning.

**Metod:** Kvalitativ undersökande design baserad på intervjuer

**Resultat:** Överlag positiv attityd gentemot patientfokuserad vård. Positiva effekter av modellen motiverade personalen till fortsatt utveckling. Resultat av intervjuerna betonade vikten av mer erfarenhet av att arbeta patientfokuserat och behov av full implementering av modellen genom rekonstruktion av vårdmiljön.

**Metodologisk kvalitet:** Vid studiens start hade implementeringen pågått i ett år, men rekonstruktionen av vårdavdelningen var ännu inte fullt anpassade till vårdmodellen.

**Författare:** McCormack, B, Dewing, J, Breslin, L, Coyne-Nevin, A, Kennedy, K, Manning, M, Peelo-Kilroe, L, Tobin, C, & Slater, P.

**Publicerings år:** 2010

**Titel:** Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people.

**Tidskrift:** *International Journal of Older People Nursing*

**Land:** Irland

**Syfte:** Utvärdering av omvårdnadsresultat från ett nationellt utvecklingsprogram som fokuserade på en utveckling mot personcentrerad vård på äldreboenden.

**Metod:** Kvantitativ metod inom två ramverk: personcentrerat teoretiskt ramverk och ett utvecklingsmetodologiskt ramverk. Studien hämtade data från ett nationellt utvecklingsprogram på 18 äldreboenden på Irland, där programmet gick ut på att öka effektiviteten i den personcentrerade vården. Instrumentet för datainsamling var "the Person-Centred Nursing Index" som bestod av 89 frågor vilka representerade 19 faktorer.

**Resultat:** Visade en signifikant positiv förändring av omvårdnadsresultatet där vården gick från ett dominant fokus på en teknikfokuserad vård till en mer personcentrerad vård.

**Metodologisk kvalitet:** Resultat i studien är utifrån sjuksköterskan, vilket begränsar i vilken utsträckning som resultatet representerar en holistisk arbetsplats kultur. Under studiens gång var inte vårdavdelningen fullt rekonstruerad för att kunna utföra personcentrerad vård, vilket påverkar studieresultatet.



**Författare:** McCormack B, Karlsson B, Dewing J & Lerdal A

**Publicerings år:** 2010

**Titel:** Exploring person- centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies

**Tidskrift:** *Scand J Caring Science*

**Land:** England

**Syfte:** Syftet var att genom en andra granskning av fyra oberoende studier få ny kunskap om personcentrerad vård

**Metod:** Kvalitativ metod. Metastudie: fyra oberoende studier analyserades en andra gång. Huvudsyftet var att undersöka personcentrerad vård. Föregående studier hade utförts i England, Irland och Norge inom olika vårdenheter. Inget bortfall var presenterat.

**Resultat:** Studien visade viktiga strukturer vid personcentrerad vård: Vårdmiljöns betydelse, sjuksköterskan och patientens grundförutsättningar för att kunna skapa en terapeutisk relation, ledningens stöd och personcentrerade vårdprocesser inom hela organisationen.

**Metodologisk kvalitet:** Tre av de granskade artiklarna hade inte som syfte att studera personcentrerad vård. Forskarna tolkade studiernas underliggande filosofi som personcentrerad, vilket är deras tolkning.

**Författare:** Tellis-Naya V.

**Publicerings år:** 2006

**Titel:** A person-centered workplace: the foundation for person-centered caregiving in long-term care.

**Tidskrift:** *Journal of the American Medical Directors Association*

**Land:** USA

**Syfte:** Få en förståelse för vilken roll som chefer och vårdmiljön, som de skapar har under en förändring mot personcentrerad vård

**Metod:** Kvantitativ metod. Data från studien kommer från svar av undersköterskor och familjer till resider, hämtade från två olika enkäter utförda på 156 stycken äldreboenden. Även enkätsvar från statliga inspektörer ingår i studien.

**Resultat:** Ledningens strategi och arbetsmiljön är viktiga för undersköterskors arbetstillfredsställelse, lojalitet och engagemang.

**Metodologisk kvalitet:** Data i den här studien kom från en enkät som inte var designad för att svara på syftet som studien utgick från. Detta gör det svårare att avgöra hur väl studien representerar en större population i regionen eller nationen, då resultat saknar information och bakgrund från de specifika boendena. Det är även problematiskt att jämföra svar från de boendes familjer och inspektörer från ett tillfälle, då inspektörers enkäter insamlades vid flera tillfällen och förutsättningar kan ha förändrats signifikant.