

Förvaltningshögskolans rapporter
nummer 156

Patientcentrerad vård

En systematisk litteraturstudie om
konceptets förverkligande

Alexander Nilsson

*Patientcentrerad vård. En systematisk litteraturstudie om konceptets för-
verkligande*

Alexander Nilsson
Första upplagan
Första tryckningen

©2020	Författaren
Tryckning	Kompendiet
ISSN	1401-7199

Förord

En sak som förenar forskare och de verksamma inom hälso- och sjukvården är vetskapen om att det finns en mängd olika styrmodeller och koncept som tenderar att ha olika lång livslängd. Detsamma gäller de ideal som koncepten och modellerna svarar emot. Ett sådant ideal som blivit mer långlivat handlar om att ge brukaren, klienten eller patienten mer inflytande över den verksamhet som bedrivs. Detta ideal kan kontrasteras mot den bild som ibland ges av offentlig verksamhet som rigid och svårpåverkad. Olika lösningar har över tid sökts för denna problematik. Ofta har det handlat om att utnyttja marknadstanken. Med möjlighet att välja kan du som nyttjar servicen agera som kund och på det viset påverka eller i varje fall välja bort något som inte passar. Det koncept, patientcentrerad vård, som här står i fokus handlar emellertid inte om en marknadsorientering. Istället handlar patientcentrerad vård om att organisera fram en situation där verksamheten bedrivs på ett sätt så att patientens specifika situation och förutsättningar tas som utgångspunkt för vården. Förutom det egenvärde som finns i att ha inflytande över sin situation finns det gällande vissa behandlingar och patientgrupper studier som pekar på att inflytande förbättrar behandlingsresultaten.

En viktig uppgift för forskningen är att kritiskt granska och utvärdera olika modeller och koncept. Inte sällan lanseras de som en lösning på många, för att inte säga alla, stora problem. Med en verksamhet som har olika och inte sällan konkurrerande mål och värden är sådana löften aldrig rimliga. En kritisk granskning kan då bidra med att inte bara belysa om det som utlovas hålls, utan också under vilka förutsättningar målen kan nås och därtill om det finns negativa bieffekter. Gällande det senare har studier av andra styrmodeller visat att så inte sällan är fallet.

En särskild sorts studier är sådana som har ambitionen att ge en överblick över befintliga studier. Dessa kallas ibland metastudier eller

litteraturöversikter. Syftet är att ge en sammanfattande bild av det rådande kunskapsläget. I en litteraturöversikt är det emellertid inte bara konceptet som står i fokus utan även de studier som gjorts. Vad har varit fokus för de olika studierna och vilken kvalitet håller de? Dessa frågor är viktiga eftersom svaren är avgörande för hur långtgående slutsatser som kan dras av studierna.

Den studie som Alexander Nilsson genomfört, och som här avrapporteras, är just en sådan litteraturöversikt. Studien är ambitiös och identifierar en rad studier som gör anspråk på att belysa fenomenet patientcentrerad vård. Slutsatser dras både gällande konceptet och studiernas kvalitet. Om en övergripande slutsats ska dras utifrån den studie som här avrapporteras är det att varken konceptet eller studierna håller vad de lovar. Studien är väl genomförd och bidrar med ytterligare en pusselbit som kan ligga till grund för en kritisk diskussion kring utveckling inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Gustaf Kastberg Weichselberger
Professor, Förvaltningshögskolan

Innehåll

1. Inledning	1
1.1 Problemformulering	3
1.2 Syfte & frågeställning	5
2. Bakgrund.....	6
2.1 Grundantaganden & bakgrundsöversikt.....	6
2.2 Konceptet i praktiken	10
2.3 Konceptet som ideal.....	12
2.4 Analysram	15
2.4.1 Grundantaganden & kärnvärden.....	17
2.4.2 Karaktärsdrag, förutsättningar & händelser	17
3. Metod.....	19
3.1 Studiedesign.....	19
3.2 Val av; metod, databaser, sökord.....	19
3.3 Snöbolls-urvalet	22
3.4 Avgränsningar	22
3.5 Selektionskriterier	23
3.6 Artikelurval	24
3.7 Artikelexkludering.....	27
3.8 Artikelvärdering	28
3.9 Metodologiska begränsningar	28

4. Resultat.....	30
4.1 Deskriptiva data insamlade artiklar	30
4.2 Karaktärsdrag, förutsättningar, händelser.....	33
4.2.1 Struktur	33
4.2.2 Patientnära vård	42
4.2.3 Teamarbete	47
4.2.4 Kontinuitet.....	49
4.2.5 Uttryckta motsättningar.....	51
4.2.6 Värdering av studier	53
4.3 Diskussion & analys.....	56
5. Slutsats.....	60
5.1 Vidare forskning	62
5.2 Avslutande reflektioner.....	63
6. Källförteckning	64
6.1 Referenser	64
6.2 Insamlade artiklar	68

1. Inledning

Sedan ankomsten av NPM har organisationer inom offentlig sektor allt mer förändrats till följd av försöken att åstadkomma den privata sektorns mer lättstyrda ideal. Styrtekniker och management-koncept med ursprung i den privata sektorn som sprider sig till offentliga välfärdsproducerande organisationer påvisar och konkretiserar hur krav på förändring och effektivisering i allra högsta grad ständigt sker (Karlsson, 2017). Kraven på förändring är sprungen ur kritik som beskriver bl.a. hälso- och sjukvårdssektorn som ineffektiv och illa anpassad till befolkningens behov. Det har medfört en hårdare granskning av sektorn och föranlett ständiga omorganisationer och nya reformer som målas upp som självklara lösningar på löpande band (Harrison & Calltorp, 2000; Anell m.fl. 2005). Sedan introduktionen av NPM har offentliga aktörer allt mer pressats under kraven på högre kostnadseffektivitet med bibehållen eller ökad kvalitet på den verksamhet som bedrivs (Karlsson, 2017). Detta har ökat viljan att reformera offentliga institutioner och aktörer. Hälso- och sjukvården framstår som ett återkommande studieobjekt för nya reformer och idéer, men sektorn tampas fortfarande med problem som rör varierande kvalitet och kostnadsstegringar (Blomquist & Packendorff, 1998; Porter & Teisberg, 2006).

Reformer i sig kan betraktas som fenomen vilka färdas genom tid och rum och omsätts i olika organisatoriska miljöer och kontexter anpassat till dess befintliga lokala förutsättningarna (Eriksson-Zetterquist, 2009). Eriksson-Zetterquist (2009) diskuterar även idén om florerande managementmodeller som ett exempel på modefenomen som attraherar förändring för förändringens skull, inte nödvändigtvis för själva modellens utformning utan snarare i syfte att uppnå ett symboliskt värde och legitimitet. Organisatoriska reformer bör inte betraktas som en slutprodukt av frivilliga rationella beslut, utan som en konsekvens av att vilja uppfattas som legitim genom att

anamma de processer som betraktas avgörande och rationella för och av fältet som organisationen verkar inom (Meyer & Rowan, 1977; Meyer & Scott, 1983). Det är i synnerhet viktigt inom hälso- och sjukvårdssektorn då kvalitet och effektivitet är svårt att mäta (Kastberg & Siverbo, 2016; Kastberg & Siverbo 2013). Strävan efter legitimitet tenderar att homogenisera verksamhetsfält efter rådande vinnarrecept på organisering och effektivitet (DiMaggio & Powell, 1983). En av de trender inom hälso- och sjukvården som vunnit mark är det processorienterade sättet att organisera verksamheten på. Genom att skapa friktionsfria flöden ska barriärer och möjligheter identifieras och på så sätt förbättra effektivitet och kvalitet inom verksamheten över tiden (Hellman m.fl. 2019). Kastberg och Siverbo (2017) observerar hur processorienterade arbetssätt centererar kring att minska komplexitet via rutinisering, standardisering och genom att göra arbetet mindre beroende av en enskild anställd. Det kan lämpa sig i vissa organisationer men kan visa sig problematiskt inom offentlig sektor som står inför olika mål och värdekonflikter (Kastberg & Siverbo, 2017). När nya managementidéer och styrkoncept dyker upp, bör de således diskuteras och granskas utifrån en kritisk hållning och med en förståelse för rådande mekanismer.

Ett styrkoncept som under den senaste tiden har fått mycket uppmärksamhet och spridning i hälso- och sjukvården både inom Sverige och internationellt är patientcentrerad vård (PCV). I många fall är grundbulten för PCV den processorienterade organisationsformen. Konceptet fokuserar på vårdkvalité och syftar till att öka kvalitén vid patientens färd genom hälso- och sjukvården. Målet med PCV är att lyfta patientens perspektiv vid hur hälso- och sjukvården organiseras. Detta genom att sätta patientens behov, uppfattning och upplevelse av kvalitet i fokus (Bragato & Jacobs, 2003; Vårdanalys 2012; McNulty & Ferlie, 2004; Proudlove m.fl. 2008). Inom den svenska hälso- och sjukvården har målet att stärka patientens ställning funnits i över trettio år, likväl saknas det kunskap om just patientens ställning och hur vården blir mer patientcentrerad. Icke desto mindre är patientcentrering etablerat som en väsentlig kvalitetsdimension inom hälso- och sjukvården. Undersökningar visar att

svenska patienter i högre utsträckning upplever problem relaterade till bristfällig samordning inom vården än i andra länder. Vidare visar det sig att svenska patienter även är mindre involverade och engagerade av sina vårdgivare att medverka i beslutsfattande be- träffande sin egen hälsa och vård, i internationella jämförelser (Vårdanalys, 2012; SFS 1982:763).

1.1 Problemformulering

Litteraturen indikerar att när fokus och utgångspunkt läggs på patientens upplevda resa genom hälso- och sjukvården, trotsas den traditionella synen på hur vården ska organiseras. Det som ofta beskrivs som det traditionella sättet att organisera hälso- och sjukvården utgår från en funktionell arbetsfördelning organiserat genom specialistkliniker och avdelningar där läkarna och professioner med samma inriktning samlas (Bragato och Jacobs, 2003; Mintzberg, 1983). Profession definieras i denna uppsats som ett vårdyrke som kräver legitimation samt hänvisar till Freidsons (2001) resonemang om att professionen som yrkesgrupp utmärks av att själva i hög grad tillåts styra sitt eget arbete. Ovan beskriven typ av organisering möjliggör en djupare specialisering inom specifika områden och främjar personalens kompetens inom just det området (Bragato och Jacobs, 2003; Mintzberg, 1983). I ljuset av PCV framstår den traditionella och funktionella typen av organisering som mindre optimal för patienten. Att utgångspunkten i PCV sätter patientens behov i centrum för planering och uppföljning trotsar även den professionella traditionen och logiken som utmärks av att med en hög grad av autonomi kunna styra sitt eget arbete (Chenhall, 2008). Det är exempelvis vanligt att PCV realiserar genom standardiserade arbetssätt utifrån förutbestämda patientgrupper och regler. Det innebär en centralisering av beslutsfattandet, och anses motverka den professionella autonomin och professionens möjlighet att lösa komplexa, moraliska och diffusa problem (Freidson, 2001; Waring & Bishop, 2013). Regler och standarder å ena sidan, autonomi och

handlingsutrymmet å andra sidan beskrivs leda till rollkonflikter och spänningar (Svensson, 2008; Bévort & Suddaby, 2016). Då nya styrkoncept som PCV introduceras kan det inte förväntas att äldre reformer, koncept och organisationsstrukturer likt det traditionella och det marknads-baserade försvinner, snarare läggs det på varandra och ökar komplexiteten inom verksamheten och för dess aktörer. Litteraturen beskriver det som att organisationer och professioner skiktas. Verksamma aktörer svarar således mot olika krav och direktiv beroende på befintlig situation och "skikt" och det kan förväntas medföra intra-professionella spänningar i praktiken (Freidson, 1985; Waring & Bishop, 2013; Felder m.fl. 2018; McCormack & Mccane, 2010).

Konceptet PCV synliggör även en inre konflikt som Waring och Bishop (2010) belyser som olika värden vilka konkurrerar inom hälso- och sjukvården, de beskriver värdekonflikten som tudelad. Antingen främjas värdet för kollektivet tillika den större gruppen patienter och dess snabba färd och flöde genom vården eller så främjas värdet för enstaka patienter till följd av ett mer omfattande vårdbesök. Det kan beskrivas som två perspektiv på hur värde utifrån patientcentrering bör uppfattas (Young & McClean, 2008; Waring & Bishop, 2010; McCormack & Mccane, 2010).

Det finns mycket litteratur som beskriver, förklarar och ökar vår förståelse för vad styrningsidéer och nya styrningskoncept medför i praktiken för organisationer och dess verksamhet. Det kan även observeras att det finns mycket forskning på området patientcentrerad vård med utgångspunkt i flera olika perspektiv och som spänner över flera fält. Detta bidrar till spretighet och en oklarhet om vad som faktiskt är kartlagt och känt angående PCV. Vidare har ovan redogörelse pekat på faktorer som troligtvis medför svårigheter och spänningar vid införandet av konceptet. Därför finns det ett behov av att undersöka hur PCV faktiskt förverkligas och huruvida potentiella interna spänningar blir belysta, uppsatsen genomförs således av följande anledning.

1.2 Syfte & frågeställning

Uppsatsen ämnar analysera och kritiskt granska vetenskapliga artiklar inom området för styrkonceptet patientcentrerad vård. Syftet är att generera kunskap för vad litteraturen säger om hur patientcentrerad vård omsätts i praktiken och om litteraturen belyser konflikter och interna spänningar. Syftet ämnas uppfyllas genom följande frågeställning:

Hur realiseras konceptet patientcentrerad vård i praktiken?

Synliggörs konflikter och interna spänningar i litteraturen?

Studiens bidrag till fältet är att ge en samlad kunskapsbild över hur litteraturen beskriver att konceptet patientcentrerad vård förverkligas samt hur litteraturen framställer konceptet och de konflikter som kan förväntas uppstå.

2. Bakgrund

Företeelsen som undersöks i denna uppsats är styrkonceptet patientcentrerad vård och hur litteraturen beskriver dess omsättning i praktiken. Således redogörs inledningsvis översiktligt för vad litteraturen säger angående underliggande idéer för konceptet, hur det definieras och beskrivs, praktiska exempel och hur en idealbild av konceptet kan beskrivas. Idén med avsnittet är att ge läsaren en bakgrund och övergripande förståelse för konceptet. Avsnittet avslutas och mynnar ut i en sammanhållen analysram byggd på bakgrunden som ämnar täcka begreppets bredd och användas som verktyg i en analys och vid insamling av empiri.

2.1 Grundantaganden & bakgrundsöversikt

Följande avsnitt syftar till att övergripande introducera och redogöra för de olika underliggande resonemang konceptet vilar på. Även för att visa på de olika perspektiv som konceptet synliggörs utifrån.

Det kan argumenteras för att konceptet PCV inte bör betraktas som en färdig och tydligt avgränsad modell, utan snarare ett perspektiv, en serie arbetsmetoder och organisationsreformer med fokus på interprofessionella samt interorganisatoriska perspektiv. Trots att det övergripande syftet med konceptet är relativt lättbegripligt råder det stor variation av hur begreppet används och dess innebörd.

PCV har sina rötter i en holistisk syn på hälso- och sjukvård och kommer som ett avbrott mot den traditionella sjukvårdsmodellen, det lanserades som en motpol och ett avbrott gentemot den förmyndarskap som präglat hälso- och sjukvården (Epstein, 2000). Den primära skillnaden mellan PCV och den traditionella sjukvårdsmodellen är vårdgivares fokus på patienten tillskillnad från fokus på sjukdomen eller symptomen. Inom den traditionella modellen läggs fokus på att

behandla sjukdomen, själva tillståndet, och i förlängning innebär det att patienten tas om hand. Inom PCV kan det snarare anses vara patienten som ansvarar för sin vård med hjälp av vårdgivarna (Robinson m.fl. 2008).

Från det att konceptet introducerades under 50-talet har det skett försök att definiera konceptet, inledningsvis beskrevs det som individualiserad vård baserad på patient-specifik information (Hobbs, 2009). Ett senare och mer förekommande perspektiv att betrakta konceptet är som ett samarbete mellan vårdgivare, patienter och deras anhöriga i syfte att säkerställa att beslut tar hänsyn till patientens behov, önskningsar och preferenser, att patienter får den information och hjälp de behöver för att aktivt kunna delta i sin egen vård och rehabilitering (Institute of Medicine, 2001). Vårdanalys (2012) landar även de i en liknande beskrivning av konceptet; Patienten bör ses som en medaktör i vården genom information och utbildning. Patientens behov, preferenser och värderingar ska respekteras. Samordning och kontinuitet både inom och mellan vård och omsorg är av vikt. En helhetssyn på patient som inkluderar både medicinska och icke-medicinska behov. Familj och närstående bör erbjudas involvering i vården om önskemål finns.

Då patientcentrerat arbete inom vården har förekommit sedan en tid tillbaka är det vanligt förekommande med studier från vårdgivarens situation och patientens upplevelser. Det är inte ovanligt att begreppet även går under namnet personcentrerad vård. Svensk sjuksköterskeförening (2016) skrift om personcentrerad vård betonar särskilt vikten av det individuella mötet, patientens andliga, existentiella, sociala och psykiska behov såväl som det fysiska behovet. Personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom ska respekteras och användas som utgångspunkt vid den individuella vården, patientens perspektiv ska väga lika tungt som det professionella perspektivet. Vidare observerar Stewart m.fl. (2000) att patientcentrerad kommunikation faktiskt påverkar patientens hälsa positivt då patient upplever att hen finner gemensam grund med vårdgivaren. Det resulterade bl.a. i att färre diagnosbaserade tester och remisser utfärdades och genomfördes.

Berwick (2009) liknar PCV i sin beskrivning av konceptet som att vårdgivare bör betraktas som gäster i patientens liv och tillvaro istället för att bete sig som värdar och där patienten är på besök. Han definierar konceptet som en upplevelse präglad av transparens, individualisering, erkännande, respekt, värdighet, möjligheten till val i alla avseenden utan undantag som är relaterade till personens omständigheter och förhållande till sjukvården. Robinson m.fl. (2008) betraktar PCV bl.a. ur ett ekonomiskt perspektiv. Där liknas patienten vid en konsument som gör informerade beslut och balanserar faktorer som kostnad och kvalitet. Det moderna informationssamhället har präglat patientens roll till en mer aktiv aktör. PCV kan liknas vid en helhetstjänst som konsumeras, som ska identifiera vad som skapar värde för patienten, dess behov såväl som krav.

Håkansson Eklund m.fl. (2019) belyser dualiteten i konceptet och delar det i person- och patient-centrerat. Slutsatsen är att konceptet bör förstås utifrån olika mål. Person-centrerad vård syftar till att skapa ett meningsfullt liv, där vikten ligger på att ha en tydlig bild för vad patienten värderar i livet. Patientcentrerad vård syftar till att skapa ett funktionellt liv, konsekvensen av vården är att minska patientens lidande och att anledning till vårdbesöket är tillgodosett. Författarna pekar på och hävdar att patientcentrerad vård fortfarande kan kategoriseras och liknas mer vid det traditionella synsättet på vården.

Utöver det perspektivet som fixeras vid vårdgivarens möte med patienten och dess effekter identifieras områden som mer fokuserar på de organisatoriska förutsättningarna och förändringarna som konceptet förutsätter och medför.

Maassen m.fl. (2017) belyser just att patientcentrering inte enbart handlar om mötet mellan profession och patient, utan bör snarare uppfattas som ett karaktärsdrag inom sjuk- och hälsovårdssystemet. Att det på övergripande systemnivå utmärker sig genom att vara lyhört och flexibelt gentemot patientens behov, ett system där organisations-struktur och -kultur främjar patientcentrerad praktik. Vidare pekar de på att förändring och implementering måste flyttas från individ/grupp-nivå till övergripande systemnivå. Uppfattningen delas även av bl.a. Wagner m.fl. (2005) i diskussionen om hur

implementeringsförsök ofta fokuserat på att förändra läkares och patientens tillvägagångsätt och beteende genom att lära ut olika sätt att kommunicera med varandra. Detta kan anses förenkla och förbise helheten av konceptet och påvisar underliggande problem inom organiseringen av hälso- och sjukvården. De hävdar att det behövs bredare och mer omfattande ingrepp likt övergripande strategier som tydliggör mätning och uppföljning, organisatorisk struktur, informationsflöden och hur vårdteam ska fungera och utformas. Också Epstein och Street (2011) antyder att patientcentrerad vård uppnås genom systemförändringar likt införandet av IT-system som främjar kommunikationen. Att konceptet anammas på en övergripande organisatorisk nivå förutsätter att adekvata resurser tillskjuts vid omorganiseringen, att personalens kompetens aktivt byggs ut samt att kulturellt främja förändring, inläring och ansvarstagande (Luxford m.fl. 2011). Socialstyrelsen (2016) menar att en målsättning vad gäller patientcentrering är att vården ska upplevas mer sammanhållen oavsett vårdgivare, ett steg på vägen är tvärprofessionella team samt gemensamma bedömningsteam i gränssnitt mellan exempelvis primärvård och psykiatri. De pekar även på vikten av processer, organisation och rutiner.

I ovan avsnitt framgår en uppsättning definitioner och reflektioner avseende konceptet. Det kan grovt sammanfattas i tre olika perspektiv på konceptet och hur det definieras.

- 1) En vårdtagare liknas vid en unik kapabel person som vill och kan ansvara för sin egen vård. Vården som erhålls bygger på personens preferenser genom aktiv involvering och betraktas som en jämbördig aktör gentemot vårdgivare.
- 2) Patienten betraktas som en informerad konsument vars inställning till vården är densamma som till vilket annat viktigt inköp som helst.
- 3) Konceptet betraktas utifrån de organisatoriska förutsättningarna som krävs och erhålls. Vården ska fysiskt anpassas närmare vårdtagare och minska exempelvis väntetider.

2.2 Konceptet i praktiken

Följande avsnitt syftar till att visa på hur litteraturen beskriver enskilda och avgränsade delar av konceptet i praktiken. Hur de kan framställas tillsammans och formge konceptet som helhet, oavsett geografisk kontext eller vårdkontext. Detta för att synliggöra hur konceptet som helhet kan ta sig uttryck.

I litteraturen går det framförallt att finna exempel i den amerikanska motsvarigheten till vår svenska primärvård på hur konceptet tar sig uttryck. (Med primärvård avses definitionen enl. Karolinska Institutets (2016) svenska MeSH som är följande "En del av den öppna hälso- och sjukvården. Svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering") Enligt litteratur från den amerikanska kontexten är det högst vanligt att konceptet förverkligas inom primärvården genom stora omställningar och omorganisationer i s.k. medical homes eller patient-centered medical homes. Dessa medical homes som enl. Karolinska institutets svenska MeSH är synonym med patient-centrerad vård, beskrivs som en typ av system som levererar hälso- och sjukvård som utgår från de patient-centrerade kärnprinciperna. Bevisen huruvida detta är ett bättre sätt att organisera primärvården är delade, men pekar framförallt på att det gynnar de patienter med allvarliga och komplexa kroniska sjukdomar. Detta eftersom denna grupp i särskilt hög utsträckning slussas runt mellan specialistkliniker i högre grad än andra patientgrupper (Schram, 2012; Sinaiko m.fl. 2017).

Vidare återkommande exempel och tendenser som studerats som ett uttryck för patient-centrerad vård är kommunikation. Det litteraturen ofta belyser är hur de yrkesverksamma operationaliserar konceptet genom kommunikationen med patienten, att temat är återkommande kan anses föga förvånande då det innefattar flera parametrar. Exempel är tid med patienten, vilka typer av frågor och hur dessa frågor ställs samt hur uppmärksam vårdgivaren faktiskt är på vad patienten beskriver och säger. Patient-centrerad kommunikation betraktas ofta som en första pinne i stegen för hur de i

professionen som är i direkt kontakt med patienter förverkligar konceptet PCV (Robinson m.fl. 2008; Epstein m.fl. 2013). Nästa steg handlar om att involvera patienten i sin egen vård, något som ofta övergripande beskrivs som shared decision making (SDM). Litteraturen beskriver i mångt och mycket att SDM bygger på väl fungerande kommunikation mellan vårdgivare och patient. SDM beskrivs ofta även som ett centralt uttryck för patient-centrerad vård (Shafer, 2015; Barry & Edgman-Levitan, 2012; Alston m.fl. 2014). För att ett delat beslutsfattande ska fungera måste patient och vårdgivare ha en gemensam förståelse för varandra och rådande förutsättningar. Det innebär att patient och berörda anhöriga behöver ha tillgång till adekvat information kopplat till deras vårdssituation. Information är något som vårdgivare besitter och på så sätt synliggör en informations-asymmetri som systematiskt är inbäddad i vården och möjliggör den maktuppdelning som den traditionella paternalistiska sjukvården bygger på. (Epstein m.fl. 2013; Hamilton m.fl. 2017). Ännu ett övergripande och återkommande tema i litteraturen är IT-lösningars betydelse för PCV. Litteraturen pekar på att gemensamma plattformar, strukturer och processer krävs för att bryta de ovan nämnda strukturella barriärer och främja ett partnerskap mellan patient och vårdgivare. Ett exempel som ofta lyfts är beslutstöds- och informationssystem genom IT-lösningar. IT-lösningar kan bidra med relativt fördomsfri information, underlätta tidspressade kommunikationssituationer genom att till viss del erbjuda patientens perspektiv på förhand och på så sätt bättra förståelsen mellan vårdgivare och patient (Epstein m.fl. 2013).

Ser vi till Sverige har det sedan en tid tillbaka funnits möjlighet att ta del av legitim och personlig vårdinformation via nätet och per telefon via vård-hemsidan "1177 Vårdguiden" (Boström, 2015). Under det senaste året har även webb- och distanslösningar utvecklats allt mer genom mängder av IT-baserade digitala vårdplattformar. De möjliggör och erbjuder besök hos läkare och vårdgivare på distans via webben. Sådana lösningar bygger på en hög grad av informationsutbyte dels genom text dels genom video och audio. Ur

ett patient-centrerat perspektiv kan det hävdas att dessa typer av lösningar kan betraktas som en del av och uttryck för konceptet.

Sammanfattningsvis är det väldigt vanligt med studier inom den nordamerikanska kontexten avseende PCV och särskilt rörande s.k. medical homes. Vidare finns mycket litteratur avseende enskilda delar som beskrivs som patientcentrerade, men sammansatta utgör en grund bild av konceptet som helhet. Ofta är det kommunikation, SDM och informationstillgänglighet genom IT-lösningar som studeras.

2.3 Konceptet som ideal

Följande avsnitt syftar till att visa på en idealbild av konceptet. Detta för att sedan kokas ner, sammanfattas och användas tillsammans med ovan redogörelse av konceptet i en analysram.

Frekvent hänvisat till och återkommande inom litteraturen är ett ramverk framtaget av Shaller (2007) i rapporten "Patient-centered care: What does it take?". Ramverket framställer en idealiserad målbild som består av sju övergripande faktorer vilket syftar till att avgränsa konceptet. Dess tydlighet ligger i den samlade bild och exempel som ges av konceptets olika delar.

1. En involverad och engagerad ledning.

Beskrivs som avgörande för att organisatoriskt kunna förändra hur sjukvården levereras. Ledningens involvering relateras till organisationskulturen och dess kraft att främja organisatoriska förändringar. Det pekas på att ledningen bör anta rollen som "förändrings-managers" och agera förkämpar för att skifta fokus från den traditionella synen på sjukvården till ett mer holistiskt synsätt.

2) En strategisk vision som kontinuerligt tydligt kommuniceras ut till samtliga organisationsmedlemmar.

För att förändra organisationer räcker det inte med en involverad ledning. Hela organisationen behöver ställa om för att koncept som PCV ska kunna omsättas i praktiken. Det krävs en klar vision och en

tydlig strategisk plan för hur konceptet praktiskt ska omsättas och anpassas till dagliga rutiner, arbetsmetoder och processer. Det ska således tydligt framgå hur och vad som ska göras för att realisera visionen. Denna plan måste spridas inom hela organisationen och aktivt kommuniceras ut genom exempelvis standardiserade mötesprotokoll.

3) Involvering av patienten och dess anhöriga på flera nivåer.

Om syftet med en patient-centrerad vård faktiskt är att involvera patienten behöver även dess anhöriga inkluderas. Med anhöriga avses inte bara familjen till patienten utan även personer som står patienten nära, däribland vänner. Personer som kan stötta patienten och bidra med information anses omfattas. De anhöriga ska involveras på flera plan. Först och främst vid själva tillfället vården ges bör patient och anhöriga bidra med information om situationen, deras uppfattning om given vård, samt hjälpa till att analysera behandlings-strategier. Den andra kontaktpunkten bör ske relaterat till det s.k. kliniska mikro-systemet, anhöriga och/eller patient bör delta som fullvärdiga medlemmar vid arbetet av kvalitet-förbättring som t.ex. hur vårdteam ska struktureras. De bör delta genom hela cykeln från planeringsstadiet till implementeringen och slutligen utvärderings-stadiet. Den slutliga punkten för involvering befinner sig på en övergripande ledningsnivå inom organisationen. Patient och/eller anhöriga bör involveras i övergripande policy-, planerings- och program-utveckling när punkter som patient-säkerhet, anläggnings-utformning, vårdkvalité, utbildning av anhöriga och etik behandlas. Att involvera patient och anhöriga som rådgivare erbjuder organisationen värdefulla perspektiv från de som upplevt genomförandet av vården som de verksamma aktörerna inom organisationen inte har.

4) En stöttande arbetsmiljö för alla anställda, att de anställda ges samma hänsyn som de bör ges sina patienter.

Den viktigaste komponenten inom hälso- och sjukvårds-organisationer är otvivelaktigt personalen. Med det i åtanke behöver

personalens välmående prioriteras högt. I rapporten betonar experter särskilt vikten av att ha tillräckligt med personal, relevant träning och utbildning kopplat till PCV, utvärdering och adekvat kompensation. Ett sätt att uppnå detta är att involvera personal i arbetet med att designa och utveckla processer kopplade till PCV.

5) Systematiska mätningar och uppföljning.

Författaren betraktar uttrycket "du kan inte styra utan att mäta" som centralt och vägledande vid implementeringen av konceptet. Uppföljning av patienters upplevelser beskrivs som en högst avgörande faktor. Uppföljningen liknas vid ett balanserat styrkort, där olika återkopplingsmått syftar till att rapportera olika värden på de olika metoderna som används. Dessa värden ska användas till att förbättra allt från övergripande processer och systemförändringar till huruvida skyltar behövs för att hitta rätt i byggnaden. Mätningarna och uppföljningarna måste ske systematiskt och kontinuerligt.

6) En hög kvalitet på den fysiska miljön personal, patienter och anhöriga vistas i.

Enligt Shaller (2007) pekar studier på ett starkt samband mellan den byggda fysiska miljön och effekten av given behandling och vård. Den fysiska miljön bör vara välkomnande, främja och värdera människor framför teknologiska lösningar samt uppmuntra personal att vara lyhörda gentemot patienterna.

7) Stödjande IT-system

Den slutgiltiga faktorn genomsyrar samtliga ovan faktorer, ett stödjande IT-system syftar till att underlätta informationsflödet och kommunikationen mellan vårdgivare och vårdtagare. Det bör även fungera och användas som ett beslutsfattare-stöd. Det pekas på att det finns en uppsjö av den typen system i varierande pris, utförande och komplexitet.

Sammantaget är patient-centrerad vård är ett mycket omtalat koncept men trots det svårt att förstå och omsätta i praktiken. Konceptet kan

lättare definieras utifrån vad det inte är, det paternalistiska traditionella sättet att organisera vården på, teknologi-centrerat och sjukdoms-fixerat. Konceptet kan förstås och har olika innebörd beroende på vilken roll, eller från vilket perspektiv det granskas utifrån. Som exempelvis beroende på vart vården ges, t.ex. inom hemsjukvården, en specialistenhet eller på en akutmottagning (McCormack & Mccane, 2010). I denna uppsats betraktas konceptet utifrån ett management-perspektiv, där fokus ligger på en mer övergripande nivå snarare än det mer kontextspecifika och upplevelsebaserade planet.

2.4 Analysram

Syftet med detta avsnitt är att presentera det sammanställda ramverket som ligger till grund för insamling av empiri, och som vägledande vid diskussion och analys av empirin. Ramverket utformades i förhållande till problemformuleringen så insamlat material och följande analys i så hög grad som möjlig svarar mot vad uppsatsen ämnar undersöka.

Efter en litteraturgenomgång som visar på begreppets mångfacetterade karaktär sammanfattas ovan redogörelse för konceptets bakgrund till två övergripande punkter och används som en analysram. För att en artikel ska kvalificeras för insamling måste den behandla någon av underrubrikerna i punkt två. Således kontrolleras artiklarna vid insamling mot punkt två "2. Karaktärsdrag, förutsättningar & händelser". Därefter kodas insamlade artiklar mot underrubrikerna i punkt två. Ambitionen är att fånga vad litteraturen säger om förverkligandet av konceptet. Under analys- & diskussionskapitlet jämförs insamlad data mot den teoretiskt konstruerade analysramen. Empiri som beskriver det praktiska förverkligandet av konceptet ställs i kontrast mot analysramen som dels står för hur teorin beskriver konceptet, dels för konceptets grundantaganden och kärnvärden. Målet är att belysa eventuella konflikter och spänningar.

Tabell 1. Analysram

Faktorer	Beskrivning
1. Grundantaganden & kärnvärden	
Holistisk helhetssyn	<ul style="list-style-type: none"> • Patient är person med unik uppfattning • Anpassa vård • Respekt för patients situation och behov • En uppsättning grundläggande värden
Samarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Ömsesidigt förtroende • Självbestämmande • Patientperspektivet
2. Karaktärsdrag, förutsättningar & händelser	
Strukturella förutsättningar	<ul style="list-style-type: none"> • Engagerad ledning • Strategisk plan • Välmående personal • Tillräckligt med resurser
Patientnära vård	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation • Tillgänglighet • Involvering • SDM
Teamarbete	<ul style="list-style-type: none"> • Flera nivåer • Multidisciplinära • Delade mål ansvarstagande, samarbete
Kontinuitet	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinering internt och externt • Uppföljning

2.4.1 Grundantaganden & kärnvärden

Holistisk helhetssyn

Patienten betraktas inte som sin sjukdom utan en person som har egna åsikter, preferenser och upplevelser av sin sjukdom. Det är bara personen som kan veta hur sjukdomen påverkar hen och hens omgivning. Vård bör anpassas efter patientens unika förutsättningar och förstås utifrån patientens unika kontext som exempelvis uppväxt, bakgrund eller socioekonomiska situation. Vårdupplevelsen ska präglas av respekt för de andliga-, existentiella-, sociala-, psykiska- såväl som de fysiska behoven. Vårdgivaren bör betrakta sig som en gäst i patientens liv. Grundläggande värden som konceptet utgår från är empati, tolerans, ärlighet, förståelse och engagemang.

Samarbete

Ett samarbete mellan vårdgivare och vårdtagare som utmärks av ett ömsesidigt förtroende och förståelse gentemot bådas roller. Patienten bör ha en hög grad av självbestämmande över sin egen vård. Vårdgivare bör ha respekt för patientens önskemål och preferenser. Patients perspektiv ska väga lika tungt som det professionella perspektivet.

2.4.2 Karaktärsdrag, förutsättningar & händelser

Strukturella förutsättningar

Det krävs en engagerad ledning med en klar och tydlig vision med tillhörande strategisk plan vilket beskriver metoder, rutiner och processer. Ska nå ut till alla inom organisationen och vårdpersonal i frontlinjen bör involveras vid implementering. Personal som omsätter patientcentrerad vård i praktiken behöver ges omsorg och vara välmående, vilket kan uppnås genom utbildning och ersättning. För att tillräckligt med tid ska kunna spenderas hos patient krävs även tillräckligt med resurser.

Patientnära vård

Patient ska erbjudas och ha tillgång till önskad vård. Vården ska vara lätt tillgänglig genom ex decentraliserade enheter. Ska finnas utrymme för patienten att i viss mån avgöra vilken typ av vård hen vill erhålla. Det kan handla om medicinsk-, terapeutisk- eller spirituellt vård och omvårdnad. Patienten och anhöriga ska involveras i beslut som är relaterade till hens vård, ofta beskrivs som SDM. Innefattar också kommunikationsfaktorer som både handlar om verbal och icke-verbal kommunikation. Exempelvis hur frågor ställs, hur fackspråk omsätts till vardagsspråk, ögonkontakt och kroppsspråk.

Teamarbete

Berör flera nivåer, inom enheter, avdelningar, sjukhus, vårdinstitutioner eller mellan dessa. Handlar om att bygga multidisciplinära team med flera och olika kompetenser. Teamen utmärks av effektiv kommunikation, delade målsättningar, delat ansvarstagande och samarbete.

Kontinuitet

Koordinering av vårdens olika tjänster som syftar till att frångå uppstyckning. Handlar också om uppföljning av rutiner, patienters vårdbesök och att använda tillgänglig patient-information effektivt.

2.5 Avgränsningar

Uppsatsen kommer utgå från ovan analysram som beskrivits. I denna uppsats är inte studier som enbart uttalar sig och undersöker konceptets teoretiska antaganden, värden eller dess definitioner av intresse. De studier som är relevanta för uppsatsen diskuterar och belyser förverkligandet av konceptet.

3. Metod

3.1 Studiedesign

Denna uppsats grundade sig på sekundärdata i form av redan befintlig litteratur och forskning. Data inhämtades genom sökningar i etablerade databaser och information svarade mot punkt två i det fastställda ramverket. Detta kapitel ämnar stegvis beskriva hur och på vilka grunder data har samlats in. Vilka avgränsningar som har gjorts, hur insamlat material har värderats, hur analysram och kategorisering har skett samt forskningsetiska överväganden och metodens begränsningar kommer beskrivas.

Strukturen på uppsatsen, metod och insamling har väglett av Eriksson Barajas, Forsberg, & Wengströms "Systematiska litteraturstudier i utbildningsvetenskap: vägledning vid examensarbeten och vetenskapliga artiklar" (2013). Forsberg & Wengströms "Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning" 2013. Samt Hesser & Anderssons "Introduktion till metaanalys och systematiska översikter" (2015).

3.2 Val av; metod, databaser, sökord

Denna uppsats ämnar generera kunskap om styrkonceptet patientcentrerad vård och hur detta koncept materialiseras i praktiken. För att kunna erhålla denna kunskap har den befintliga litteraturen angående patientcentrerad vård analyserats genom en systematisk litteraturstudie. Valet av material har genomgått åtskilliga steg i syfte att säkra och visa på att studien ska kunna upprepas och erhålla liknande eller samma resultat oavsett vem som genomför den. Då begreppet patientcentrerad vård har en bred innebörd och har funnits sedan en tid tillbaka finns det gott om forskning på området som

spänner över flera fält. Det bidrar till en fragmenterad uppfattning och belyser avsaknaden av en samlad bild för hur konceptet materialiseras. Därför valdes en litteraturstudie som tillvägagångssätt.

Den systematiska litteraturstudien utmärks av att på ett systematiskt sätt söka och spåra upp litteratur och tidigare forskning, göra ett urval av artiklar. De valda artiklarna studeras och analyseras kritiskt beträffande hur undersökningarna de grundar sig på har genomförts och dess resultat. Därefter syntetiseras tillika sammanställs och kategoriseras materialet och används för att besvara forskningsfrågan och dess syfte (Forsberg och Wengström, 2015; Eriksson Barajas m.fl. 2013).

Insamling av material började med sporadiska sökningar i en välkänd databas och sökmotor. Det gjordes med anledning av att få en överblick för hur befintlig litteratur föreföll och i syfte att få en känsla för vilka teman och tendenser som finns på området. Den databas och sökmotor som inledningsvis användes för att reda ut lämpliga sökord samt vilka databaser som innehöll mest lämpligt material och som således ansågs lämpliga för vidare sökning var framförallt Google scholar och Göteborgs Universitetsbiblioteks supersök-funktion. Utifrån fynden i dessa sökningar valdes preliminärt databaserna ProQuest social sciences, International bibliography of the social sciences (IBSS), Business source premier, Emerald och Scopus. Där användes följande sökord i fritextsökningar; *patient-centered care* och *person-centered care*. Efter genomförda sökningarna kunde fördelningen mellan databaserna avseende träffar per sökord jämföras. Detta i syfte att identifiera de databaser som gav flest träffar och således anses lämpliga för vidare sökning.

Sökta ord \ Databaser	ProQuest social sciences	IBSS	Business source premier	Emerald	Scopus
"Patient-centered care"	6 392	109	1 681	311	37 862
"Person-centered care"	1 273	24	1 418	74	7 521

Tabell 2. Databaser

Vid sökning i ovan databaser med de svenska orden "Patient-centrerad vård" och "personcentrerad vård" genererades antingen väldigt få eller inga träffar. Därför avgränsades sökorden till de engelska orden.

Ovan sökning visar fördelningen på antalet träffar mellan varje databas. Det påvisar delvis behovet av att ytterligare avgränsa sökningen till mer hanterbara volymer. Då studieobjektet för uppsatsen hör till det medicinska vetenskapsfältet såväl som det fältet för ledning och styrning behövdes olika typer av databaser inkluderas. För att erhålla relevant data och kunna uppfylla syftet behölls samtliga databaser för att inte utesluta potentiellt viktiga artiklar. Vidare grundade sig valet av databaser på antalet träffar, men framförallt på relevansen av de artiklar som granskades vid stickprov av träffarna som sökningen genererade. För att betraktas som relevanta skulle de behandla något under punkt två i analysramen.

Sökorden utökades ytterligare för samtliga databaser utom IBSS och Emerald då de initiala sökorden ansågs vara tillräckligt avgränsande. De kompletterande sökorden valdes baserat på de initiala stickproven och tidigare inläsning på området och landade i orden; *Management* och *Organisation*. Sökordskombinationerna som valdes att användas för vidare sökning blev följande:

- "Patient-centered care" or "person-centered care" and "management"
- "Patient-centered care" or "person-centered care" and "organisation"

Med anledning av konceptets bredd och mångbottnade innebörd användes thesaurus, MeSH, tillika ämnesordlistor vid sökningarna i syfte att täcka olika synonymer på konceptet. Att både "*patient-*", "*person-*" och "*management*", "*organisation*" användes som sökord i sökningarna var för att säkra att inga synonymer föll mellan stolarna vid inhämtningen av data trots att valda ord betraktades som synonymer med varandra.

3.3 Snöbolls-urvalet

Sökningar i olika databaser är nödvändigt för en litteraturstudie, men kan inte alltid anses vara helt uttömmande, därför bör sök-strategin utökas för att hitta relevanta studier. Ytterligare argument för att utöka sökningen var p.g.a. det studerade konceptets breda definition som ansågs vara svårt att fånga med en rigid sökstruktur vilket sökords-kombinationer likt ovan kan anses vara. Av förekommande anledning genomfördes parallellt alltså ett snöbolls-liknande tillvägagångssätt s.k. "bakåt-sökande". Där relevanta artiklar granskades på potentiellt relevanta citeringar och referenser som användes för vidare sökning (Hesser & Andersson, 2015: 45ff). Dessa artiklar inhämtades via Google Scholar. Med relevanta citeringar och referenser avsågs sådana redogörelser som beskrev konceptet i praktiken.

3.4 Avgränsningar

I påföljande fas genomfördes ytterligare avgränsningar. Inledningsvis avgränsades tidsramen till att endast innefatta åren 2000 - 2020. Språket i artiklarna begränsades till engelska och svenska av den enkla anledningen att författaren behärskar dessa språk.

Utöver det görs ett nedslag i att endast omfatta och inkludera studier genomförda i en europeisk kontext. Anledningen till detta är att de europeiska länderna generellt har heltäckande nationella system för hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Det tillskillnad från exempelvis USA, där ett motsvarande nationellt system inte finns att tillgå i jämförelse. Det finns visserligen variationer inom Europa avseende hälso- och sjukvården kopplat till bl.a. finansieringen (Berlin & Kastberg, 2011: 34f). Men då uppsatsen inte kommer undersöka själva finansieringen eller rådande förutsättningar och dess påverkan vidare kommer denna variation bortses från. Därutöver är Sverige dessutom med i EU vilket präglar svensk lagstiftning och kan hävdas påverka det svenska samhället. Att övriga kontinenter inte inkluderades beror på dess strukturella skillnader tillika dess jämförbarhet med den svenska förvaltningen och kontext.

3.5 Selektionskriterier

Nedan följer en sammanställning över de kriterier som låg till grund för huruvida artiklar innefattades eller utelämnades vid insamling av data.

Tabell 3. Selektionskriterier

Variabel	Krav för inkludering
Språk	Engelska / svenska
Geografisk avgränsning	Europa
Tidsperiod	2000-2020
Material	Endast peer reviewed, vetenskapliga artiklar
Abstract / titel / nyckelord	Krav för artikel / material skulle vara intressant för uppsatsen var att något av sökorden skulle finnas med i antingen abstract, titeln eller som nyckelord. Här till räknas även de synonymer som finns till Patientcentrerad vård, vilket exempelvis kunde vara: <ul style="list-style-type: none"> • Patientfokuserad vård • Patient-focused care • Client-focused care
Artikeln innehåll	Artikeln behövde beröra och innehålla information om hur konceptet omsätt i praktiken
Databaser	<ul style="list-style-type: none"> • ProQuest Social Sciences • International Bibliography of the Social Sciences (IBSS) • Business source premier • Emerald • Scopus

Avgränsningen rörande tidsperioden gjordes och rundades av dels med hänsyn till året för publiceringen av tongivande Institute of

Medicine (2001), men framförallt med hänsyn till den tid som arbetsinsatsen krävde för att sälla och gå igenom mängden artiklar som detta innebar. De artiklar som inhämtades genom snöbolls-urvalet inhämtades utan hänsyn till avgränsningen gällande tidsperioden då det låg utanför den systematiska strukturen och sällningen.

Målbilden med inhämtningen av material var att hitta vetenskapliga artiklar som skulle utgöra grunden tillika data för uppsatsen. Detta med anledning av att dessa artiklar genomgått den kritiska granskningen före dess publicering i en tidskrift vilket skänker det inhämtade materialet trovärdighet. I syfte att ytterligare säkra inhämtat materials tillförlitlighet och innehåll har artiklarna kontrollerats innan de definitivt räknades med. Artiklarnas innehåll och resultat kontrollerades mot dess syfte och mål i kontrast mot dess metod(er), för att säkra att dessa delar låg i linje med varandra.

3.6 Artikelurval

Inledande sökning med ovan nämnda sökord, tidsperiod, språk och peer-reviewed artiklar resulterade i sammanlagt 3132 träffar fördelat mellan databaserna ProQuest Social Sciences, International Bibliography of the Social Sciences (IBSS), Emerald och Scopus.

Tabell 4. Träffar per databas

Databas	Totala antalet träffar
ProQuest social sciences	1967
IBSS	82
Business source premier	42
Emerald	26
Scopus	1015

Det första steget i att gallra detta preliminära material var att gå igenom träffresultatet och läsa samtliga abstracts för att avgöra huruvida de skulle innefattas eller utelämnas för vidare granskning. Vid osäkerhet inför detta val lästes hela artikeln igenom för att tillfredsställa denna osäkerhet. De artiklar som behölls skulle beröra konceptet PCV i praktiken. Materialet som bedömdes svara mot detta krav sparades med hjälp av programvaran Zotero. Med hjälp av Zotero kunde dubletter enkelt upptäckas i ett senare skede. Sammantaget sparades 174 artiklar ner. Därefter laddades de upp i NVivo12 för att granskas vidare mot kraven. NVivo12 användes med anledning av att hålla insamlat material i en kompakt form på ett och samma ställe och på grund av dess kompatibilitet med Zotero.

När de 174 artiklarna var inlagda i NVivo12 lästes inledningsvis varje artikels abstract ännu en gång, bedömdes de inte lyfta konceptet i praktiken sorterades de bort. Nästa steg innebar att läsa igenom de hela artiklarna. Vid detta steg tillämpades insamlingsstrategin snöbolls-urvalet parallellt som artiklar lästes igenom. Till de 174 artiklarna som inledningsvis laddats ner tillkom 129 nya artiklar genom detta snöbolls-urval. Det innebär att den totala summan, justerat efter borttagna dubletter, som laddades ner och lästes igenom till fullo landade på 247 artiklar.

De 247 artiklarna som laddats ner genomgick en mer noggrann granskning. Vid genomläsningen avgjordes huruvida någon artikel skulle sorteras bort eller behållas. Första kravet en artikel skulle kontrolleras mot var att den berörde en europeisk kontext. Det andra kravet svarade på om de behandlade något av kriterierna under punkt två i det analytiska ramverket kopplat till PCV:

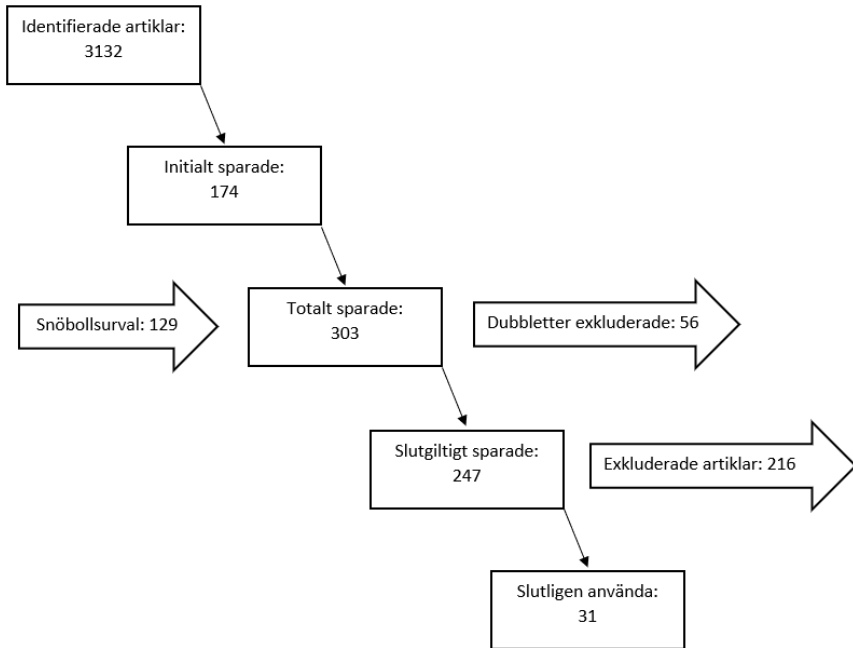
- Strukturella förutsättningar
- Patientnära vård
- Teamarbete
- Kontinuitet

Vid denna genomläsning användes Google-sheets kalkylark för att koda artiklarna mot vilka punkter de svarade mot och dess metod, nedan framgår exempel på hur kodningen genomfördes.

Tabell 5. Kodexempel

Titel	Str. förutsätt.	Patient-nära vård	Teamarbete	Kontinuitet	Kontext
A model for implementing guidelines for person-centered care in a nursing home setting	x	x	x		SWE
A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study	x	x		x	NO
Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts	x			x	IE

De artiklar som behövs klassificerades i NVivo12 som "behåll", övriga klassificerades som "släng". Artiklar kontrollerades likt tidigare nämnt huruvida dess syfte och mål var i linje med vad de faktiskt undersökte, även dess metod värderades med ledordet validitet. Efter genomläsningen gick antalet artiklar relevanta för vidare behandling från 247 till 31. De artiklar som valdes bort svarade inte mot uppsatta krav. Nedan framgår ett flödesschema över gallringsprocessen. De 31 artiklarna utgjorde slutligen den data vidare diskussion och analys grundar sig på.



Figur 1. Flödesschema

3.7 Artikelexkludering

En hel del av insamlade artiklar sorterades bort då de berörde den nordamerikanska kontexten. Majoriteten av litteraturen i sökträffarna behandlar PCV inom denna kontext. Många artiklar kunde redan vid genomläsningen av abstract påvisa att det handlade om den nordamerikanska kontexten och kunde således exkluderas. Men vid genomläsningen av ett relativt stort antal nedladdade artiklar framgick det i detta skede och tvingades således exkluderas. Vidare

uteslöts artiklar på grund av att de inte behandlade och undersökte PCV i praktiken utan diskuterade konceptet på ett mer abstrakt teoretiskt plan.

3.8 Artikelvärdering

När de insamlade artiklarna genomgått urvalsstegen lästes de igenom ännu en gång och kategoriserades mot variablerna nedan för att underlätta förståelsen av artiklarnas innehåll.

- Metod
- Teori
- Vårdkontext
- Mål & syfte
- Slutsats

Därefter kodades varje artikel mot punkt två i analysramen. Samtliga använda artiklar genomgår en värdering av metoderna. Värderingen vägleds av 1. reliabilitet, att mätvärden, urval och resultat är tillförlitliga och vid upprepning av studie bör liknande eller samma resultat uppnås oavsett vem som utför den. 2. Validitet, studierna undersökte faktiskt det som hävdades i syfte och frågeställning (Esaïasson m.fl. 2017).

3.9 Metodologiska begränsningar

Med utgångspunkt i att det finns många och breda definitioner av konceptet som har undersökts i denna uppsats är en begränsning att de uppställda sök-kriterierna inte fångat all möjlig relevant data. Andra sök-kriterier eller strategier kan medföra andra träffresultat. En

bredare sökstrategi, med bredare sök-termer och fler databaser kan innebära mer data.

Med hänvisning till att insamlat material är sekundärdata som grundar sig på andra frågeställningar än denna uppsats finns risken att data är färgad av andra frågeställningar och således påverkar denna uppsats. Med det sagt kan således andra metodologiska tillvägagångssätt potentiellt generera andra resultat. Trots det valdes metoden som utgår från sekundärdata med hänvisning till problemformulering och syfte, att samla och analysera befintlig relevant litteratur för att generera kunskap om vad som är känt.

Att exkludera vårdkontexter som befinner sig utanför Europa gjordes med hänsyn till de strukturella skillnaderna. En djupare analys av de strukturella likheter och skillnader med svensk hälso- och sjukvård både inom och utanför Europa kan medföra avgränsningar som skiljer sig från vald avgränsning.

I syfte att skänka trovärdighet till uppsatsen har avsikten vid insamling av data och redogörelse för det metodologiska tillvägagångssättet som uppsatsen vilar, var målet att vara så transparent som möjligt. Transparensen möjliggör att samma resultat ska kunna erhållas vid eventuellt upprepning av denna studie av samma eller annan författare.

4. Resultat

4.1 Deskriptiva data insamlade artiklar

Nedan avsnitt syftar till att kortfattat presentera de studier som samlats in och ligger till grund för diskussion och analys. Detta för att på ett sammanfattat vis erbjuda en överblick avseende insamlade studier. Studiernas titlar och författare framgår i bifogad referenslista.

Tabell 6. Insamlade artiklar. Titlar återfinns i bilagor.

Titel	Metod	Kontext	Vårdkontext	Framställer PCV
#1	Kvalitativ pilotstudie, aktiverar deltagarna	SWE	Vårdhem	Skapa förutsättningar, förverkligas av personalen
#2	Kvalitativa pilotstudier, fokusgrupper	NO	Vårdhem	Implementerat ramverk som är styrande
#3	Kvalitativ, intervjustudie	SWE	Flera	Aktivera, involvera patienten. Patients narrativ är grundläggande
#4	Kvalitativ, intervjustudie	SWE	Sjukhus, flera avdelningar	Aktivera, involvera patienten. Patients narrativ är grundläggande
#5	Kvalitativ fallstudie, implementeringsprojekt	IE	Vårdhem	Möjliggörs av organisationskulturen
#6	Kvalitativ intervjustudie	SWE	Vårdhem	Möjliggörs av en kultur och atmosfär som främjar PCV
#7	Kvalitativ intervjustudie	EU	Sjukhus	Kultur och organisationskultur är avgörande
#8	Kvantitativt jämförande-studie	ITA	Sjukhus	Horisontell reorganisering till processorienterat
#9	Kvalitativ meta-analys av underliggande studier	EU	Vårdhem	Möjliggörs av normer, normskifte krävs

#10	Kvalitativ etnografisk, observationer, intervjuer	SWE	Akuttvårdsavdelning	Aktivera, involvera patienten. Patients narrativ är grundläggande. Sker genom normskifte
#11	Kvantitativ, implementeringsstudie	NDL	Diabetesmottagning	Konsultationsmodell, kommunikation och delat beslutsfattande
#12	Kvalitativ intervjustudie	GER	Flera	Fokus på arbetskultur, personalen, kommunikation, "individ Anpassad standardisering"
#13	Kvalitativ fallstudie	NDL	Onkologiavdelning	Genom organisatorisk förändring. Korta väntetider, träffa alla specialister vid ett tillfälle
#14	Kvalitativ översiktsstudie. Intervjuer, enkäter, dokumentanalys	EU	Multisjuka	Individ Anpassad vård, fånga patientens narrativ
#15	Kvalitativ intervjustudie	IE	Akutpsykiatri sk avdelning	Modell för att involvera, aktivera patient
#16	Kvalitativ intervjustudie	SWE	Sjukhus	Aktivera, involvera patienten. Patients narrativ är grundläggande
#17	Kvalitativ fallstudie. Intervjuer, observationer, dokumentanalys	ITA	Sjukhus	Processororienterad organisation, avgränsade patientgrupper
#18	Kvalitativ fallstudie. Intervjuer, observationer, dokumentanalys	ITA	Operationsavdelning	Organisatoriskt. Snabba flöden, korta väntetider
#19	Kvalitativ intervjustudie	SWE	Flera	Aktivera, involvera patienten. Patients narrativ är grundläggande
#20	Kvantitativ & kvalitativ, Utvärdering pilotstudier. Intervjuer, observationer	UK	Flera	Organisatoriskt. Decentraliserar enheter & tjänster i syfte komma nära patient
#21	Översiktlig kvalitativ fallstudie.	UK & ESP	Övergripande hälso- och sjukvård	Avgränsade patientgrupper E-lösningar
#22	Kvalitativ etnografisk. Intervjuer, observationer	NO	Sjukhus	Patientrepresentant i ledningen. Klinisk effektivitet främjar patienten

#23	Kvantitativ fallstudie. Implementering & utvärdering	SWE	Kranskärlsjukdomar Sjukhus, öppenvård, primärvård	Aktivera, involvera patienten. Patients narrativ är grundläggande
#24	Kvantitativ fallstudie. Implementering & utvärdering	SWE	Sjukhus, kroniska hjärtsjukdomar	Aktivera, involvera patienten. Patients narrativ är grundläggande
#25	Kvalitativ intervjustudie	SWE	Flera	Aktivera, involvera patienten. Patients narrativ är grundläggande
#26	Kvalitativ etnografisk. Intervjuer & skuggning	ITA	Sjukhus, strokeenheter	Genom multidisciplinära team
#27	Kvalitativ fallstudie	DEN	Stroke- rehabilitering, Hemsjukvård	Genom Multidisciplinära team och hembesök
#28	Kvalitativ fallstudie. Intervjuer & skuggning	SWE	Barn- & ungdomspsykiatri	Profession & organisation hålls ansvariga för patienten och dess hälsoutfall
#29	Kvalitativ etnografisk. Observationer & intervjuer	SWE	Sjukhus, intensivvårds avdelning	Organisationskultur. Uppnås genom strukturella kontexten samt utbildning av vårdpersonal
#30	Kvalitativ intervjustudie	UK	Flera	Ompakerar redan befintliga aktiviteter
#31	Kvalitativ och kvantitativ. Intervjuer & enkäter	NDL	Fertilitetskliniker	E-lösning som erbjuder personlig information och konsultationer

Totalt sparades och slutligen användes 31 artiklar. Av de 31 behandlade 13 en svensk vårdkontext, vilken utgör den största enskilda gruppen kopplat till nationell vårdkontext bland insamlat material. Därefter kommer Storbritannien, Irland och Nederländerna med 4 artiklar vardera, därefter övrigt. Fynden indikerar att inom den svenska kontexten används begreppet personcentrerad vård i högre utsträckning än begreppet patientcentrerad vård. Majoriteten av

artiklarna samlade in sin data via intervjuer, andra vanliga metoder var att närma sig det etnografiskt och genom fallstudier. Det var även vanligt att en modell testades och implementerades i samverkan med forskargrupper.

I 11 av artiklarna beskrevs konceptet som att det förverkligades genom att aktivera patienten genom bl.a. samarbete och kommunikation. I 8 andra artiklar beskrevs det helt eller delvis som att konceptet möjliggjordes genom att förändra och påverka normer och organisationskulturen, och pekade på att konceptet var personalberoende. Bland 6 av artiklarna liknades konceptet främst vid organisatoriska förutsättningar och förändringar. Det kunde röra sig om snabba flöden, korta väntetider, decentraliserade enheter och tjänster eller hur patienter grupperas och avgränsas. De 6 återstående artiklarna lyfter olika slutsatser. Som att patientcentrerad vård kopplas till bl.a. organisatoriskt och professionellt ansvar för vårdutfallet, att det är patient-nöjdhet, hembesök eller att det i själva verket är klinisk effektivitet.

Vårdkontexten bland de använda artiklarna skilde sig något. 5 av artiklarna behandlade någon typ av vårdhem, där vårdtagarna bor och erhåller vård och omsorg. 7 artiklar berörde flera olika vårdkontexter. Resterande majoritet av artiklarna behandlade någon typ av sjukhus- eller mottagningsmiljö.

4.2 Karaktärsdrag, förutsättningar, händelser

Följande avsnitt bygger på syntetiserat material från insamlade data och syftar till att redogöra och presentera vad litteraturen säger om konceptet patientcentrerad vård.

4.2.1 Struktur

Engagerad ledning

När PCV implementerades genom forskningsprojekt (McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011; Fors, A. m.fl. 2015; Ekman, I. m.fl.

2012; Moore, L. m.fl. 2017; Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; Rutten, G.E.H.M. m.fl. 2018; Røsvik, Janne m.fl. 2011; Vikström, Sofia m.fl. 2015) fanns engagemanget mer tydligt från ledningens sida. Ledningen kunde utgöras av chefer utan involvering i pågående forskningsprojekt (Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; McCormack, B. m.fl. 2010; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019; Rosengren, K., 2016), men även av forskarlag som bidrog med tydliga direktiv och en övertygelse. I en kvalitativ intervjustudie (Rosengren, K., 2016) och i en kvalitativ etnografisk studie (Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019) på olika sjukhusavdelningar där personalen hade en på förhand negativ inställning till nya styr- och förändringskoncept fungerade forskarnas ledning som en övertygande och överbryggande effekt gentemot motståndet. En professionsgrupp som särskilt påverkades av forskares ledning och närhet var läkare. Denna grupp beskrevs i den kvalitativa intervjustudien som tongivande och var en viktig yrkesgrupp att övertyga (Rosengren, K., 2016).

Ett klart och tydligt ledarskap beskrevs i en kvalitativ intervjustudie i vårdhemsmiljö (Backman, A. m.fl. 2020) samt i en kvalitativ intervjustudie bland flera vårdkontexter (Gillespie, R, Florin, D, Gillam, S, 2004) som att ha konkreta idéer för att skapa en gemensam förståelse. I studien som behandlad vårdhemskontexten framhölls det att ledande figurer själva borde ha en personlig förståelse för de underliggande principer som konceptet grundar sig på, samt en klar bild över hur det ska förverkligas. Även att de bör skapa förutsättningar som möjliggör förverkligandet. Förutsättningarna kunde handla om att de justerade schemaläggningen och rutinerna för att skapa utrymme att spendera mer tid hos patienten eller till att gå på utbildning (Backman, A. m.fl. 2020). I en kvalitativ intervjustudie på en sjukhusavdelning tog det sig uttryck genom utbildningsprogram, där utpekade i personalen utbildades och de fick i sin tur ansvar att lära upp ett antal personer vardera och så vidare (Rosengren, K., 2016).

I en kvalitativ studie som grundade sig på intervjuer och observationer beskrevs det hur patienter utgjorde en patientpanel i

ledningsgruppen för ett norskt sjukhus. Panelen skulle finnas med i varje steg för implementering av en modell som syftade till att förverkliga PCV. Det beskrevs av ledningen som att dem drevs av förståelsen för att uppnå patientcentrerad praktik måste patientens perspektiv finnas representerat. I praktiken visade det sig att det visserligen fanns på plats, men involverades inte i någon betydande grad med hänvisning till bristen på kvalifikationer, utbildning och okunskap om procedurer och interventioner (Wiig, Siri m.fl. 2013).

En kvalitativ studie som behandlade flera olika vårdkontexter i Tyskland utgick från intervjuer med de i de ledande skikten och dess perspektiv på hur konceptet omsätts i praktiken beskrevs det hur det skapades formella och informella system för att uppmuntra PCV. Redan vid anställning av ny personal beaktades dess kompetens och inställning i förhållande till det patientcentrerade arbetssättet. Personal kunde sägas upp på grunder av att de inte följde riktlinjer och arbetade patientcentrerat. Det beskrevs samtidigt som, och hävdades att arbetskulturen var avgörande (Hower, K.I. m.fl. 2019).

Engagerad ledning tycks övergripande anses vara av vikt för ett förverkligande av konceptet, det kan betraktas som en legitimerande och drivande kraft. Dock framgår det inte bland studierna hur ett tydligt ledarskap på något sätt är unikt för förverkligandet av just PCV. Således är det relativt intetsägande kopplat till det specifika konceptet.

Rutiner och strukturer

Frekvent återkommande i flertalet studier oavsett kvant- eller kvalitativ ansats och vårdkontext pekades det på hur organisationsstrukturen inte möjliggjorde ett flexibelt arbetssätt, som vanligen beskrevs som en förutsättning för konceptet (McCormack, B. m.fl. 2010; van Der Heide, I. m.fl. 2018; O'Donovan, A., 2007; Wiig, Siri m.fl. 2013; Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012; Moore, L. m.fl. 2017; Hower, K.I. m.fl. 2019). I en kvalitativ intervjustudie rörande en akutpsykiatrisk mottagning (O'Donovan, A., 2007) och en kval- och kvantitativ studie rörande flera vårdkontexter (Hurst, K., 1996) beskrev det som att personal ofta arbetar efter på förhand fastställda

rutiner och check-listor. En kvalitativ intervjustudie rörande tysk sjukhusmiljö beskrevs det som att det behövdes klara definitioner och processer för att säkra god vård, detta innefattade tidsbegränsningar hos patient och något som benämndes "individ Anpassad standardisering" vilket skulle beskriva viss mån av flexibilitet vid utformning av vården för patient (Hower, K.I. m.fl. 2019). Genom en kvalitativ intervjustudie (O'Donovan, A., 2007), etnografiska kvalitativa studier (Wiig, Siri m.fl. 2013: Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012) och genom en kvalitativ översiktsstudie baserat på underliggande studier som data (McCormack, B. m.fl. 2010) lyfte forskare att i mer intensiva och akuta vårdkontexter framtonades den rigida arbetsstrukturen extra mycket. Det dagliga arbetet styrdes särskilt nog i dessa sådana kontexter av tydliga regler.

Ovan pekar sammanfattningsvis på att olika strukturer innebär varierande förutsättningar som medför olika möjligheter att förverkliga PCV. Vilket kan betraktas som föga förvånande och knappast unikt för detta koncept. Avsnittet pekar på att strukturer är utformade efter den rådande traditionella normen och synen på hälso- och sjukvården vilket tycks motverka ett förverkligande av PCV.

PCV som organisationsstruktur

I ett flertal kvalitativa fallstudier som behandlade olika sjukhus- och mottagningsmiljöer (Basta, Y.L. m.fl. 2017; Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015; Villa, S., Barbieri, M. & Lega, F., 2009), intervju- och kvantitativ-data (Hurst, K., 1996) och en kvantitativ jämförande studie (Fiorio, Carlo V., Gorli, Mara & Verzillo, Stefano, 2018) framställdes och likställdes PCV med den organisatoriska strukturen som styr arbetsflöden och daglig verksamhet. Ofta lyftes den mer horisontella processorienterade strukturen som vanligtvis grundade sig på utgångspunkten i sortering av patientgrupper (Basta, Y.L. m.fl. 2017; Fiorio, Carlo V., Gorli, Mara & Verzillo, Stefano, 2018; Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015; Hurst, K., 1996; Hower, K.I. m.fl. 2019). Indelningar som exempelvis hur akut vårdbehovet bedömdes vara istället för att gruppera dem efter specifika diagnoser (Villa, S., Barbieri, M. & Lega, F., 2009; Hurst, K., 1996; Liberati, E.G., Gorli, M.

& Scaratti, G., 2015). I en kvalitativ fallstudie som grundade sig på intervjuer (Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015), en kvalitativ fallstudie baserad på intervjuer och observationer (Villa, S., Barbieri, M. & Lega, F., 2009) samt en kvantitativ jämförande studie (Fiorio, Carlo V., Gorli, Mara & Verzillo, Stefano, 2018) som alla var genomförda i en italiensk sjukhus-kontext lyftes det att som följd skapades multi-disciplinära team som förutsatte nya roller som behövde samordna vården mellan specialister och professioner. Samt att numera var vårdgivare tvungna att ta sig till patient och inte tvärtom. Ovan artiklar tillsammans med en kvalitativ fallstudie i nederländsk sjukhusmiljö (Basta, Y.L. m.fl. 2017) och en kvalitativ intervjustudie i olika tyska vårdkontexter (Hower, K.I. m.fl. 2019) lyfte att den drivande och underliggande tanken var att patientcentrerad vård uppnås genom att korta patientens väntetid, och att bokstavligen centrera vården runt patienten. Fallstudien rörande en nederländsk sjukhusmiljö pekade på att det kunde ta sig uttryck genom att patienten bokas in på en dag där hen träffar samtliga specialister och vårdgivare hen bör träffa enligt diagnos. Tidsluckor i schemalaggningsen hålls öppna för att motverka väntetider. Exemplet rörde patienter med tumörer (Basta, Y.L. m.fl. 2017).

En kvantitativ och kvalitativ studie rörande flera vårdkontexter i Storbritannien omorganiserade vården inom ett område genom att decentralisera enheter och tjänster geografiskt i syfte att komma närmare patienten. Patienterna med liknande diagnoser, behandlingar och vårdbehov grupperades ihop och erhöll all sin vård på ett ställe. De problem som uppstod till följd av geografiska avstånd och specialisternas lokalisering avhjälpes dels med IT-lösningar, dels genom att personal erhöll nya förmågor och kunskaper. Försöket vilade på resonemanget att vården är för fragmentiserad och att PCV uppnås genom att omorganisera sjukhus och dess processer (Hurst, K., 1996).

Vidare fanns exempel på hur forskningsprojekt med framtagning rutiner och modeller implementerades tillsammans med forskare i olika vårdkontexter. Ett framstående och frekvent återkommande exempel är de riktlinjer tillika ramverk Centrum för personcentrerad vård (GPCC) har tagit fram och studerats i flertalet artiklar. Ramverket bygger på tre förbestämda steg som syftar till att inhämta dess narrativ, kom-

munikation och dokumentation (Moore, L. m.fl 2017; Naldemirci, Öncel et al., 2017; Ekman, I. m.fl. 2012; Britten, N. m.fl. 2017; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019; Fors, A. m.fl. 2015; Rosengren, K., 2016; Naldemirci, Öncel et al., 2018).

Ovan avsnitt kan sammanfattas som att olika studier grundar sig på olika uppfattningar om vad för värde patientcentrerad vård ska bidra med till patienten och dess resa genom vården. Olika uppfattningar som grundpunkt genererar helt olika strukturer som skapar helt olika värden, antingen den snabba färden med korta väntetider och där tjänsterna placeras fysiskt närmare patienten eller den mer individanpassade och patientnära vården som snarare värderar ett omsorgsfullt personligt möte. Märkligt nog saknades det resonemang och reflektion över dessa olika grundantaganden och vad de medför bland studierna. Även patientens åsikt avseende ett sådant grundläggande värde fanns inte att tillgå.

Fysisk miljö

En kvalitativ etnografisk studie på en sjukhusavdelning i Sverige pekar på att utrymmen och fysisk plats begränsade möjligheten att tillmötesgå patienters önskemål som besöksrum för anhöriga och vardagsrum, vilket istället förpassade patienter till deras sjuksängar. De sällskapsrum som finns används vid platsbrist som patientrum (Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012). Det pekar på att den fysiska miljön är anpassad för att upprätthålla klinisk effektivitet, tids- och rutinbestämd vård snarare än daglig vardagsaktivitet, vilket kan betraktas som att den traditionella synen på hälso- och sjukvården bokstavligen "sitter i väggarna".

Nå ut till hela organisationen

Bland artiklarna fanns både exempel på vad det innebar att inte nå ut till hela organisationen och framgångsrika exempel på när information nådde ut. Kvalitativa intervjustudier rörande olika sjukhusmiljöer i flera nationella kontexter visade exempel på när informationen inte nådde ut så omsattes konceptet sporadiskt eller på fel tänkt sätt. Deltagare visade sig inte ha förstått underliggande filosofi

och syfte (Taylor, A. & Groene, O., 2015; O'Donovan, A., 2007; Gillespie, R., Florin, D. & Gillam, S., 2004; Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2016). I en kvalitativ fallstudie grundad på observationer och intervjuer rörande ett italienskt sjukhus hävdade vårdgivare som praktiskt skulle omsätta konceptet att det var ännu en management-trend som ledningen ville implementera för legitimitetens skull. Det fanns ingen tydlig bild över hur och vem som skulle omsätta det eller något intresse att ta reda på det (Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015).

Framgångsrika exempel lyftes i två kvalitativa intervjustudier på svenska sjukhus och byggde ofta på ordnade informella möten eller luncher som möjliggjorde diskussioner och informationsinhämtning om konceptet (Rosengren, K., 2016; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017). Det fanns projekt där nyckelpersoner i personalen pekades ut som ambassadörer för att sprida uppmärksamhet och information (Rosengren, K., 2016; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017). De framgångsrika exemplen tenderade att lyftas vid projekt där forskare på något sätt var involverade som vägledare vid implementering av konceptet (Røsvik, Janne m.fl. 2011; Rutten, G.E.H.M. m.fl. 2018; Ekman, I. m.fl. 2012.; McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019; Vikström, Sofia m.fl. 2015; Fors, A. m.fl. 2015; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; Rosengren, K., 2016; Moore, L. m.fl. 2017).

Att nå ut till hela organisationen tycks sammanfattningsvis hänga ihop med hur engagerad ledningen är. Vidare kan sambandet ytterligare kopplas till involvering av forskare och hur information når ut. Från studierna ovan går det tydligt att dra slutsatsen att forskarnas involvering avsevärt påverkar ett förverkligande av PCV. Vad som innebar "hela organisationen" var dock högst relativt. Ett enskilt projekt som skapats i forskningssyfte medhängivna forskare medförde helt andra förutsättningar att nå ut med information till deltagare än vid regionala- eller enskilda sjukhus-projekt. Huruvida småskaliga enskilt avgränsade projekt kan vara applicerbara i andra mer omfattande kontexter var inget som djupare analyserades vilket kan betraktas som begränsande.

Personalfaktorer

Bland flera olika kvalitativa studier som rörde olika vårdkontexter återfanns många exempel på hur personalen beskrevs som avgörande kopplat till konceptet (Vikström, Sofia m.fl. 2015; McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011; Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012; Hower, K.I. m.fl. 2019; Backman, A. m.fl. 2020; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; McCormack, B. m.fl. 2010). Särskilt vid studier rörande projekt där forskare på något sätt var involverade och som syftade till att utvärdera eller implementera PCV erhöll personalen ofta gedigen utbildning i konceptet (Røsvik, Janne m.fl. 2011; Rutten, G.E.H.M. m.fl. 2018; Ekman, I. m.fl. 2012.; McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019; Vikström, Sofia m.fl. 2015; Fors, A. m.fl. 2015; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; Rosengren, K., 2016; Moore, L. m.fl. 2017). Även andra kvalitativa (Hower, K.I. m.fl. 2019; van Der Heide, I. m.fl. 2018) såväl som en kvantitativ (Hurst, K., 1996) studie där forskare inte var involverade fanns många exempel på utbildning av personalen kopplat till PCV. Enligt flera olika studier rörande olika vårdkontexter omfattade utbildningspaketen teoretiska tillvägagångsätt som föreläsningar, seminarier, webbaserade utbildningslösningar (Fors, A. m.fl. 2015; Vikström, Sofia m.fl. 2015; Vuik, S., Mayer, E. & Darzi, A., 2016; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017). Det omfattades också av mer praktiska tillvägagångsätt som workshops, rollspelsövningar, kommunikationsövningar, öva på att involvera och utveckla vårdplaner med patienter (Fors, A. m.fl. 2015; Rutten, G.E.H.M. m.fl. 2018; van Der Heide, I. m.fl. 2018; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019). I två kvalitativa intervjustudier inom svenska sjukhusmiljöer menades det att övningarna syftade till att sprida kunskap om de grundläggande värden konceptet vilar på, att aktivera och involvera personal att tillsammans reflektera över hur grundvärden bör och kan ta sig uttryck i praktiken (Rosengren, K., 2016; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017). Enligt en kvalitativ studie där deltagarna direkt aktiverades av forskare på ett svenskt vårdhem var det hävdade framgångsreceptet vid implementering att personalen satte agendan, riktlinjerna och

praktiska aktiviteterna med förutsättningar skapades av ledningen (Vikström, Sofia m.fl. 2015).

Sammanfattningsvis pekar ovan avsnitt på att i de studier som lyfte utbildning och träning gavs deltagare från personalen förutsättningar att tillsammans reflektera över det annars breda och diffusa konceptet samt fylla det med praktiska tillvägagångsätt och exempel. Forskare och ledning skapar förutsättningar och ramar som frontlinjevårdgivare själva fyller. Detta beskrevs ofta som lyckat med hänvisning till att det var en botten-upp metod.

Generella förutsättningar

I flera olika kvalitativa studier och kontexter pekades på hur kulturen på arbetsplatsen antingen möjliggör och främjar PCV eller motverkar det (Wiig, Siri m.fl. 2013; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011; Backman, A. m.fl. 2020; Taylor, A. & Groene, O., 2015; McCormack, B. m.fl. 2010; Hower, K.I. m.fl. 2019). Hur arbetsmiljön påverkar förtroende mellan personal såväl som mellan patient och personal lyftes särskilt i en kvalitativ intervjustudie rörande ett svenskt vårdhem (Backman, A. m.fl. 2020). I en kvalitativ fallstudie inom den irländska äldrevården (McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011) och i en kvalitativ intervjustudie bland flera svenska vårdkontexter (Moore, L. m.fl. 2017) beskrevs det som konceptet ofta hängde på personalen och enskilda personers intresse,hängivenhet och engagemang inför konceptet och att detta främjades av en atmosfär och kultur kopplad till PCV. Enligt en tysk kvalitativ intervjustudie beskrevs det som att organisationskulturen skulle säkra att konceptet fortsätter praktiseras kontinuerligt (Hower, K.I. m.fl. 2019). En av den vanligaste angivna anledningen bland artiklarna till att konceptet inte fullt ut kunde möjliggöras var hänvisningen till resurser. Personal oavsett studie eller vårdkontext uttryckte ofta att tid och scheman inte tillät att praktisera ett patientcentrerat arbetssätt fullt ut på det sätt som de hade önskat (van Der Heide, I. m.fl. 2018; O'Donovan, A., 2007; Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; Wiig, Siri m.fl. 2013; Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012; Gillespie, R., Florin, D. & Gillam, S., 2004; Vikström, Sofia m.fl. 2015;

Røsvik, Janne. m.fl. 2011; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; Taylor, A. & Groene, O., 2015; Hower, K.I. m.fl. 2019).

Sammanfattat är det tillgången till resurser som enligt studierna ovan möjliggör och tillåter en PCV-riktad arbetskultur. Dock framgår det inte på vilket sätt resursfrågan är unik för förverkligandet av just detta koncept utan indikerar snarare en övergripande trend inom hälso- och sjukvården som utmärks av personal- och resursbrist.

4.2.2 Patientnära vård

Informationstillgänglighet

En kvalitativ och kvantitativ studie som grundade sig på enkäter och intervjuer vars vårdkontext var nederländska fertilitetskliniker fokuserade till stor del på information- och vårdtillgänglighet som uttryck för PCV. Patient och dess anhöriga erhöll fri och obegränsad tillgång till sin elektroniska personliga vårdjournal. Tjänsten medgav också möjlighet till online-konsultation med läkare och chatt-funktioner i webb-forumsmiljöer med andra patienter. Patientnöjdheten avseende information och kommunikation bland grupper som hade tillgång till detta var högre än jämförelsegruppen. Underliggande argument vilade på att det ökar förståelse för behandling och vårdplanen (van Empel, I.W.H. m.fl. 2011).

Ovan studie pekar på informationstillgängligheten som ett uttryck för PCV och kan också betraktas som ett litet enskilt punktuttryck för ett brett omfattande koncept.

Kommunikation

Ofta behandlat ämne oavsett vårdkontext eller studie var hur vårdgivare kommunicerar med patienter (van Der Heide, I. m.fl. 2018; Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; Britten, N. m.fl. 2017; Gillespie, R., Florin, D. & Gillam, S., 2004; van Empel, I.W.H. m.fl. 2011; Moore, L. m.fl. 2017; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011; Rutten, G.E.H.M. m.fl. 2018). Kommunikationen beskrevs återkommande som grundpelaren inför ett fungerande samarbete med patient och möjligheten att nå en gemensam förståelse

och mål bland två kvalitativa intervjustudier som behandlade flera olika vårdkontexter (Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; Gillespie, R., Florin, D. & Gillam, S., 2004). Betydelsen av att använda öppna frågor som rörde annat än medicinska faktorer och frågor lyftes i två kvalitativa intervjustudier (Britten, N. m.fl. 2017; Moore, L. m.fl. 2017) och en kvantitativ utvärderande studie (Rutten, G.E.H.M. m.fl. 2018) rörande flera olika vårdkontexter. Exempel på sådana frågor var att fråga vad patienten ville prata om, deras känslor och förväntningar, styrkor och svagheter. I en kvalitativ intervjustudie som behandlade flera vårdkontexter pekades det också på att inte fastna vid hur det verbalt ska pratas och frågas, utan fokus bör ligga på själva interaktionen. Patienter som inte har möjlighet att verbalt kommunicera måste tillmötesgåas med hjälp av andra hjälpmedel som IT-lösningar eller med hjälp av en anhörig (Naldemirci, Öncel m.fl. 2018). Vidare lyftes den interna kommunikationen bland personalen i en etnografisk kvalitativ studie på en svensk sjukhusavdelning där det förekom att patienters namn inte används utan deras säng/platsnummer, med hänvisning till sekretess (Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012).

Kommunikationen beskrevs enligt studierna ovan som grundpelare för ett fungerande partnerskap med patient. Att det beskrivs på det sättet väcker frågan huruvida detta skulle vara något nytt fenomen inom hälso- och sjukvården vars kärnverksamhet handlar om att interagera med människor. Det belyser den informationsasymmetri och skeva maktbalans som existerar mellan patient och vårdgivare i hälso- och sjukvårdskontexter.

Vårdtillgänglighet

Ett par kvantitativa (Hurst, K., 1996; Fiorio, Carlo V., Gorli, Mara & Verzillo, Stefano, 2018) och ett par kvalitativa (Britten, N. m.fl. 2017; Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015; Villa, S., Barbieri, M. & Lega, F., 2009) studier rörande sjukhus- och mottagningskontexter beskrev hur patienter delades in i grupper och vårdtillgängligheten anpassades efter gruppens ansedda behov eller risk. En kvalitativ översiktsstudie rörande flera vårdkontexter beskriver hur big data,

dvs mängder av aggregerad elektronisk information (NE, 2020), analyseras och används för att dela in patienter i riskgrupper och utveckla vårdstrategier. Beroende på vilken riskzon en patient hamnade i erbjöds olika grader av vårdlösningar som möjliggör bevakning av medicinska värden på distans, kommunikationshjälpmedel och olika tillgång till vårdgivare. En patientnära vård uppnåddes genom hög grad av informations- och kommunikations-tillgänglighet och möjligheten till en mer individanpassad vård (Vuik, S., Mayer, E. & Darzi, A., 2016). I en kvalitativ fallstudie rörande dansk rehabiliteringsvård där vårdgivare besökte patienter i hemmet likställdes PCV vid den höga tillgängligheten hembesök bidrog med. Ur vårdgivarnas perspektiv betraktades det som extra fördelaktigt att få komma hem till patienten då de direkt kunde erhålla information som annars inte framgår. Det framhövdes att en mer rättvisande, transparent och holistisk bild av patienten och hens situation kunde erhållas. Bidragande och motverkande faktorer kunde lättare identifieras och utvärderas i förhållande till rehabiliteringsplanen och patientens behov (Bureau, V. m.fl. 2017).

Ovan avsnitt pekar på att oavsett hur PCV förverkligas grundar det sig på någon typ av påförhand bestämd gruppering av patienter. Vissa studier uttrycker indelningen explicit, bland andra mer implicit att eventuell intervention endast riktar sig mot en viss patientgrupp. Det synliggör den underliggande traditionella normen avseende organisering av hälso- och sjukvården och organisatoriska ingrepp.

Involvering

Bland ett flertal kvalitativa studier som grundade sig på intervjuer (Britten, N. m.fl. 2017; Moore, L. m.fl. 2017; Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; O'Donovan, A., 2007; Rosengren, K., 2016; van Der Heide, I. m.fl. 2018), en kvant- och kvalitativ studie som delvis utgår från intervjuer (van Empel, I.W.H. m.fl. 2011), en kvalitativ etnografisk studier grundad på skuggning och intervjuer (Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen) och en kvantitativ utvärderande studie (Ekman, I. m.fl. 2012) beskrev det som att kärnan i PCV var att skapa ett partnerskap och samarbete med vårdtagaren. Det återfanns både i

studier som omsattes i sjukhusmiljö, mottagningsmiljö och vårdhems- miljö. Vanligen i sjukhus- och mottagningsmiljö förverkligades samarbetet genom att vårdgivare inhämtade patientens narrativ och sedan skapa en vårdplan tillsammans med patient som delvis grundar sig på narrativet (Britten, N. m.fl. 2017; Moore, L. m.fl. 2017; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019; Ekman, I. m.fl. 2012; van Der Heide, I. m.fl. 2018; Rosengren, K., 2016; Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; O'Donovan, A., 2007). Bland majoriteten av de artiklar som utspelade sig i denna svenska kontext omsattes PCV genom ramverket som innefattade tre steg utvecklat av GPCC. Vid implementeringen fanns som tidigare pekat på forskare aktivt involverade i någon grad. De tre stegen var följande:

1. Inledningsvis inhämtades patientens narrativ. I samtalet med patient diskuteras hans personliga upplevelser för deras sjukdom, symptom, hur det påverkar dess dagliga liv, känslor, förmågor, mål och erfarenheter.
2. Det andra steget handlar om kommunikationen. Vårdgivare och vårdtagare delar kunskap och erfarenhet med varandra och tillsammans tas en gemensam vårdplan fram.
3. Slutligen dokumenteras narrativet och de beslut som gemensamt togs. Vårdplan följs regelbundet upp och utvärderas tillsammans med vårdtagare.

Den gemensamma vårdplanen var viktig att följa, både inkopplade vårdgivare och vårdtagare hade tillgång till planen. Modellen utgick från det underliggande antagandet att patienten är kapabel och villig att uttrycka sig och att involvera sig i sin egen vård. Samtidigt paketerades modellen också som ett sätt att effektivisera vården, genom att betrakta patienten som en resurs. (Moore, L. m.fl 2017; Naldemirci, Öncel et al., 2017; Ekman, I. m.fl. 2012; Britten, N. m.fl. 2017; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019; Fors, A. m.fl. 2015; Rosengren, K., 2016; Naldemirci, Öncel et al., 2018) Liknande konsultationsmodeller återfanns även i en kvantitativ studie där en modell implementerades och utvärderades av forskare (Rutten,

G.E.H.M. m.fl. 2018), i en intervjustudier (van Der Heide, I. m.fl. 2018) och i en både kvantitativ och kvalitativ utvärderande studie (van Empel, I.W.H. m.fl. 2011) utanför den svenska kontexten. Enligt en kvalitativ intervjustudie på en akut-psykiatrisk enhet (O'Donovan, A., 2007), en kvalitativ översiktsstudie baserad på underliggande studier rörande flera vårdkontexter (McCormack, B. m.fl. 2010) och en kvalitativ etnografisk studie på en intensivvårdsavdelning (Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012) pekades det på att modeller som bygger på samarbete passade bättre vid mindre intensiva och akuta vård-kontexter, eller där patienter har mer komplexa sjukdomsfall. Inom kontexter där patienter var tvångsinlagda eller mer intensiva vårdavdelningar styrdes arbetet hårdare av regler och riktlinjer som enligt personal inte fick tänjas på. I en kvalitativ etnografisk studie som undersökte en akutvårdsavdelning i Norge genom skuggning betraktades god vård som klinisk effektivitet vilket kan motsäga patientinvolvering vid exempelvis förlossningstillfällen. Enligt rådande riktlinjer förespråkades inte kejsarsnitt, men patient kan vara av annan mening och då väger det kliniskt effektiva tyngst. I denna studie betraktades inte enskild patientens narrativ som givande, utan patientinvolvering beskrevs som närvaron av utsedd patientrepresentant vid utformning av vårdmetoder (Wiig, Siri m.fl. 2013)

I en kvantitativ och kvalitativ studie rörande flera vårdkontexter i ett område i Storbritannien visades exempel på hur standardiserade vårdplaner, checklistor och föreslagna vårdaktiviteter för avgränsade patientgrupper användes, där argumentet löd att när det stack ut från standarden så var det lättare att identifiera händelser och erbjuda anpassad vård (Hurst, K., 1996).

I ovan avsnitt lyfts modeller som involverar och aktiverar patienter i sin egen vård. Det bygger på att patienten är villig och faktiskt kapabel att delta. Att vissa vårdkontexter passar bättre än andra lyfts vilket pekar på att styrkoncept som presenteras som helhetslösningar ofta inte fungerar som universella helhetslösningar. PCV förverkligas i viss grad genom ovan modell till synes bland mindre intensiva vårdkontexter. Dock bör specifik hänsyn tas till de utvärderande studier där samma forskare både implementerar och utvärderar.

Vårdhem

Studierna som undersökte vårdhemscontexten grundade sig på olika tillvägagångssätt. Det var en kvalitativ intervjustudie (Backman, A. m.fl. 2020), en kvalitativ översiktsstudie baserad på underliggande studier (McCormack, B. m.fl. 2010), tre kvalitativ fallstudier som byggde på att mer aktivt involvera och aktivera deltagarna i projekt (Vikström, Sofia m.fl. 2015; Røsvik, Janne. m.fl. 2011; McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011). I vårdhemscontexten är fokus ännu mer på att skapa ett meningsfullt liv för brukaren genom att aktivt involvera hen eller anhöriga i planering och möten som rör hens vård och omsorg. Det pekas på vikten av rutiner som skapas med och utifrån brukarens preferenser snarare än från personalens. I den kvalitativa intervjustudien (Backman, A. m.fl. 2020) berördes den svenska vårdhemscontexten och där lyftes ett exempel på förverkligandet av PCV som att en vårdgivare gick in och pratade med brukaren först, tog reda på vad som behövde göras, därefter kommer resterande personal in. Istället för att samtliga rusar in och löser de sysslor enligt en checklista. I samma studie lyftes det att organisationskulturen bör skifta från uppgiftsorienterat till omsorgsorienterat samt lyftes som den mest bidragande faktorn i att uppnå PCV.

Bland studierna som behandlar vårdhemscontexten betonades särskilt vikten av att skapa en kultur på plats som främjar omsorg och en mer human syn på brukarna. Det pekar på hur det i grunden är upp till personalen att agera och tillmötesgå brukarna enligt en uppsättning normer. De rådande normer som främjar den uppgiftsorienterade kulturen står således i kontrast till PCV.

4.2.3 Teamarbete

Fenomenet multidisciplinära- eller interprofessionella vårdteam förekommer frekvent oberoende studie eller kontext och lyfts ofta som en möjliggörare för att förverkliga konceptet. I regel komponeras teamen runt patienten och dess bedömda kliniska behov eller eventuell definierad patientgrupp (Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti,

G., 2016; Basta, Y.L. m.fl. 2017; van Der Heide, I. m.fl. 2018; Rosengren, K., 2016; Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015; Villa, S., Barbieri, M. & Lega, F., 2009; Hurst, K., 1996; Fors, A. m.fl. 2015; Burau, V. m.fl. 2017; Andersson, T. & Liff, R., 2012; Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012; Røsvik, Janne m.fl. 2011; Moore, L. m.fl. 2017; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; Backman, A. m.fl. 2020; Fiorio, Carlo V., Gorli, Mara & Verzillo, Stefano, 2018). Bland kvalitativa intervjustudier (Backman, A. m.fl. 2020; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; Rosengren, K., 2016), en kvalitativ fallstudie (Basta, Y.L. m.fl. 2017) och ett kvalitativt pilotprojekt (Røsvik, Janne m.fl. 2011) i olika vårdkontexter beskrevs teamarbetet bygga på tydliga roller, regelbundna möten, gemensamma mål och delmål, gemensam förståelse för värdet av PCV och att sätta mätbara mått på patientens eventuella narrativ. Att patienten skulle betraktas som en team-medlem uttrycktes inte direkt, men kunde förstås utifrån resonemang om att betrakta patienten som en resurs i två kvalitativa intervjustudier (Britten, N. m.fl. 2017; Rosengren, K., 2016) och en kvantitativ fallstudie som implementerade och utvärderade en PCV-modell (Fors, A. m.fl. 2015) i flera svenska vårdkontexter. I två intervjustudier fanns exempel på när informella vårdgivare eller anhöriga involverades i team-möten (van Der Heide, I. m.fl. 2018; Moore, L. m.fl. 2017), det fanns även exempel från en kvalitativ pilotstudie i norsk vårdhemscontext (Røsvik, Janne m.fl. 2011) och från en kvantitativ jämförande fallstudie inom svensk sjukhuscontext (Ekman, I. m.fl. 2012) på när en roll i teamet utformades och benämndes som patient-representant. I en kvantitativ och kvalitativ intervjustudie beskrevs teammedlemmar anta nya roller som krävde nya kompetenser och kunskaper, ofta benämnt multi-skilling vilket medförde ökat ansvar men mötte också motstånd med motivering att det inte är praktiskt rimligt (Hurst, K., 1996). Det vädrades också mycket kritik mot införandet av multidisciplinära team inom flera vårdkontexter bland kvalitativa intervju- och skuggningsstudier (Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015; Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2016) samt en både kval- och kvantitativ studie (Hurst, K., 1996), som exempelvis att deltagarna tappade sin medicinska referenspunkt då patienter grupperades efter

ansedd grad av intensitet eller vårdbehov. Ofta beskrevs starka professionella logiker och uppfattningar om att just deras specifika tillvägagångssätt är den bäst lämpade metoden och ingen annans. Sådana inofficiella normer och hierarkier satt djupt rotade och begränsade samarbetet enligt två kvalitativa fallstudier grundade på observationer, interjuver och dokumentsanalys (Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2016; Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2016). I en kvalitativ intervjustudie rörande svensk sjukhuskontext beskrevs det dock som att särskilt de nytexaminerade sköterskorna hade en god uppfattning och kunskap om PCV tillskillnad från de äldre i team och personalen (Rosengren, K., 2016). Vid fungerande team i sjukhus- (Basta, Y.L. m.fl. 2017; Rosengren, K., 2016) och rehabiliteringskontext (Burau, V. m.fl. 2017) utbyttes däremot kunskap mellan discipliner och medlemmar vilket utvecklade ett gemensamt förtroende.

Sammanfattningsvis är organiseringen av team en tydlig indikator på ett förverkligande av PCV enligt ovan studier. Huruvida skapandet av och att arbeta i team är ett unikt uttryck för detta koncept framgår inte bland studierna. Det kan argumenteras för att det likaväl kunde härstamma från tanken om effektivitet och bättre utnyttjande av resurser.

4.2.4 Kontinuitet

Kontinuitet som tema var återkommande bland flera olika studier i flera olika vårdkontexter (Basta, Y.L. m.fl. 2017; Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015; Villa, S., Barbieri, M. & Lega, F., 2009; Fors, A. m.fl. 2015; Britten, N. m.fl. 2017; Burau, V. m.fl. 2017; Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012; Vikström, Sofia m.fl. 2015; Vikström, Sofia m.fl. 2015; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019). I en kvalitativ intervjustudie inom flera tyska vårdkontexter beskrevs kontinuitet som en avgörande punkt för att förverkliga PCV (Hower, K.I. m.fl. 2019). En kvalitativ etnografisk studie rörande en svensk sjukhusavdelning pekades det på personalomsättningen och dess inverkan på samarbetet och förtroendet gentemot patient (Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L.,

2012). Det framgår även i den tyska intervjustudien att både personal och patient förespråkar och föredrar att ha mer fasta vårdgivare över tiden (Hower, K.I. m.fl. 2019). Vidare lyftes det i två kvalitativa intervjustudier inom flera svenska vårdkontexter att dokumentering av individualiserad information skänker legitimitet och transparens kopplat till patient-samarbetet (Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; Britten, N. m.fl. 2017). Det ansågs viktigt att patientinformation gjordes kontinuerligt tillgänglig för både patient och personal som var i behov av det genom hela vårdförloppet enligt en kvalitativ intervjustudie (Britten, N. m.fl. 2017) och en kvantitativ utvärderade fallstudie (Fors, A. m.fl. 2015) i svensk vårdkontext. Kontinuiteten kunde möjliggöras genom IT-lösningar som beskrevs fungera i varierande grad i tre olika kvalitativa studier som grundade sig på att aktivt involvera deltagarna i projekt (Røsvik, Janne m.fl. 2011) eller intervjuer (Hower, K.I. m.fl. 2019; Britten, N. m.fl. 2017) i olika vårdkontexter. Mer sällsynt var användandet av patient-undersökningar i uppföljningssyfte, i en kvalitativ etnografisk studie avseende norsk sjukhusmiljö beskrevs det användas sporadiskt och som inte kliniskt relevant (Wiig, Siri m.fl. 2013). Enligt en kvalitativ intervjustudie inom svenskårdhemscontext beskrevs ett sätt att följa upp interventioner och arbetssättet som att möjliggöra diskussioner i personalmöten och utvecklingssamtal specifikt kopplat till PCV (Backman, A. m.fl. 2020).

Kontinuitet handlar enligt ovan studier om att informationen är konstant tillgänglig mellan personal och för patienten. Det handlar också om att kontinuerligt arbeta med riktlinjerna. Kontinuitet innefattade även personalomsättningen och i vilken utsträckning patient har samma vårdgivare över tiden. Att patientundersökningar sällan lyftes bland studierna tyder på en generell underliggande uppfattning om patienters upplevelser och åsikter som irrelevanta bland personal såväl som forskare. Det kan anses märkligt att patienten som sägs stå i centrum för konceptet sällan får göra sig hörd avseende den erhållna vården.

4.2.5 Uttryckta motsättningar

Bland flera olika kvalitativa studier inom olika vårdkontexter uttryckte professioner kritik mot nya arbetssätt och pekar på förlorad kontroll och autonomi (Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015; Villa, S., Barbieri, M. & Lega, F., 2009; Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A. 2019; Gillespie, R., Florin, D. & Gillam, S., 2004). I en kvalitativ fallstudie rörande italiensk sjukhuskontext om byggde på intervjuer, observationer och dokumentanalys uttrycks kritik mot nya grupperingar av patienter och hävdar att kunskap går förlorad och äventyrar vårdsäkerheten (Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015). Det hänvisas också återkommande bland flera olika kvalitativa studier inom olika vårdkontexter till resurs- och tidsbrist som motverkar att praktiskt omsätta konceptet (van Der Heide, I. m.fl. 2018; O'Donovan, A., 2007; Naldemirci, Öncel m.fl. 2018; Wiig, Siri m.fl. 2013; Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012; Gillespie, R., Florin, D. & Gillam, S., 2004; Vikström, Sofia m.fl. 2015; Røsvik, Janne. m.fl. 2011; Naldemirci, Öncel m.fl. 2017; Taylor, A. & Groene, O., 2015; Hower, K.I. m.fl. 2019). I flera olika kvalitativa studier bland olika vårdkontexter lyftes det att en medvetenhet fanns om att strukturer motverkade ett flexibelt och patientcentrerat förhållningssätt bland flera olika studier inom olika vårdkontexter (Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012; van Der Heide, I. m.fl. 2018; O'Donovan, A., 2007; Wiig, Siri m.fl. 2013; McCormack, B. m.fl. 2010; Hower, K.I. m.fl. 2019).

I en kvalitativ etnografisk studie inom akutavdelningsmiljö (Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012) en kvalitativ intervjustudie inom akutpsykiatri (O'Donovan, A., 2007), en kvalitativ etnografisk studie inom sjukhuskontexten (Wiig, Siri m.fl. 2013) och i en kvalitativ översiktsstudie rörande vårdhem (McCormack, B. m.fl. 2010) lyftes exempel på att personal slits mellan viljan att involvera och spendera mer tid med patient, att erbjuda omsorg och se patienten utifrån ett holistiskt perspektiv men beskrev hur de motarbetas av rutiner och riktlinjer som måste följas. I översiktsstudien (McCormack, B. m.fl. 2010) och intervjustudien (O'Donovan, A., 2007) uttrycktes medvetenheten om att de strukturella motsättningarna också påverkar

personalens engagemang och vilja att praktisera konceptet negativt. En kvalitativ intervjustudie rörande flera vårdkontexter lyfte en omedvetenhet om vad PCV faktiskt innebar genom vårdgivares uppvisade praktiska förhållningssätt, vilket var att hålla patienten informerad, att det är professionen som ska avgöra vad patient klarar av att höra och informeras om (Gillespie, R, Florin, D, Gillam, S, 2004). Det tyder på ett mer traditionellt arbetssätt. Ofta föll vårdgivare tillbaka i gamla vanor och metoder, som uppfattning om att vårdgivare visste bäst, att patienten är i vägen och hindrar flöden enligt en kvalitativ intervjustudie inom flera svenska vårdkontexter (Moore, L. m.fl. 2017). Vårdgivare hänvisade även återkommande till direktiv, rutiner, riktlinjer eller metoder som vitala att följa för att kunna säkerställa god och kvalitativ vård (O'Donovan, A., 2007; Wiig, Siri m.fl. 2013; Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012; McCormack, B. m.fl. 2010).

En kvalitativ intervjustudie inom flera svenska vårdkontexter pekades det på att utvärderingsmått utgår i regel från medicinskt objektiva mätpunkter snarare än subjektiva värden som rör upplevelser. Även dokumentationen har tidigare utgått från en biomedicinsk ram som framställer parametrar i svart eller vitt. Med introduktionen av PCV omvandlades dokumentationen till fler gråzoner och medförde konflikter och motsägelser (Britten, N. m.fl. 2017). I en kvalitativ studie som baserades på intervjuer och skuggning inom ungdomspsykiatri i en svensk kontext beskrevs PCV som ett uttryck för NPM, att vårdgivare och organisation hålls särskilt ansvariga för vårdutfallet. Vilket innebar att komplexa patientfall motvilligt togs emot och i praktiken en motsatt PCV-effekt. I samma studie framgick även åsikter som indikerade om patient ska involveras mer ska patient få ta större del av ansvaret (Andersson, T. & Liff, R., 2012).

4.2.6 Värdering av studier

Följande avsnitt syftar till att sammanfattningsvis värdera enskilda studier som kan anses vara mindre tillförlitliga till följd av använda metoder och den data som studierna vilar på.

I en s.k. proof of concept-studie implementerade och sedan utvärderade Rutten, G.E.H.M. m.fl. (2018) en konsultationsmodell i nederländsk diabetesvård. Medicinsk information om patienter samlades in före konsultationen. Åsikter om konsultationen samlades sedan in bland patienter och personal efter konsultationen. Statistisk analys tillämpades för att analysera insamlade data. Hittills är det en rent kvantitativ studie, men i det avslutande kapitlet ger sig författarna i kast med att på ett visst tolkande vis diskutera och förklara resultaten av modellen. Modellen är utvecklad av det nederländska diabetesförbundet, som författarna erhöll delvis finansiering från. Ingen intressekonflikt kopplat till detta lyftes, huruvida författarna var med och tog fram modellen framgick inte heller, däremot beskrevs modellen stundvis som "vår". Således finns en viss risk för partiskhet.

Den kvalitativa studien av Røsvik, Janne. m.fl. (2011) syftade till att utvärdera en PCV-modell. Med hjälp av författarna implementerades en modell under nio veckor i vårdhemscontexter. Därefter hölls fokusgrupper bland deltagande personal som sedan utgjorde empirin, data som erhöles från fokusgrupperna kodades induktivt. Samma forskare som genomförde fokusgrupps-momentet stod även för implementeringen av modellen, vilket kan anses påverka resultat och deltagares åsikter. Det lyftes att den ledande forskaren kodade materialet, men om den ledande forskaren var en del av den grupp som implementerade modellen och höll i fokusgrupper framgick dock inte.

I sin kvalitativa studie där McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., (2011) undersöker kontextuella påverkande faktorer vid förverkligande av PCV utgör hälften av underliggande data en omfattande fallstudie som tidigare genomförts. En av författarna till denna kvalitativa studie var delaktiga i den underliggande fallstudien. Huruvida detta på något sätt begränsar slutsatser eller

påverkar analysen framgår inte, men risken för partiskhet kan betraktas som hög.

Vikström, Sofia m.fl. (2015) kvalitativa pilotstudie implementerade PCV på vårdhem genom vad författarna beskriver som en botten uppmetod. PCV grundades på en uppsättning nationella riktlinjer. Forskarlaget stod för förutsättningar, personal fick tillsammans själva utveckla praktiska metoder. Data grundade sig på jämförande före- och efter-mått avseende brukarnas subjektiva välmående, medicinering och grundlagda medicinska data. Data utgjorde även av transkriberingar av personalmöten, seminarier och olika delar av implementeringsprocessen. Data kodades både induktivt och deduktivt. Huruvida författarna ansåg att det förekom någon risk för partiskhet att de kvalitativt analyserade sin egen implementering framgick dock inte.

Ekman, I. m.fl. (2012) var med och designade den s.k. GPCC-modellen, implementerade den och testade den i sjukhuskontext. Studien beskrevs som en "proof of concept study", grovt översatt till en utvärderingsstudie. Studien grundade sig på kvantitativ jämförande data med medicinska mått, återfall och hur länge patient låg inlagd. Fors, A. m.fl. (2015) implementerade och utvärderade GPCC-modellen genom jämförelsegrupper och med hjälp av kvantitativa data i sjukhus- och öppenvårdskontext. Data grundade sig på medicinska data, patientenkäter, återfall och återhämningsmått. Diskussionsavsnittet innehåller något kvalitativt tolkande element. Sex av tio av forskare i studien hör till GPCC som är därifrån modellen härstammar. Ovan indikerar även en viss risk för partiskhet.

I en kvalitativ studie beskriver och utvärderar Basta, Y.L. m.fl. (2017) en implementering och omorganisation i syfte att minska ledtider på ett sjukhus. Det framgår inte huruvida författarna var direkt involverade i implementeringen men det framgår att författarna var från samma sjukhuscenter som där modellen implementerades. Metod för datainhämtning eller den potentiella risken för partiskhet reflekteras det inte över heller. Således betraktas risken för partiskhet avseende underliggande data och i förlängningen studiens resultat som hög.

Moore, L. m.fl. (2017), Naldemirci, Öncel m.fl. (2018) och Britten, N. m.fl. (2017) grundade sina kvalitativa studier enbart på intervjuer med forskare från GPCC som är involverade i separata GPCC-projekt. Inga patienter har intervjuats i någon av studierna. Samtliga studier erhöll finansiering antingen delvis eller helt från GPCC. I studien av Moore, L. m.fl. (2017) var en av sex författare själv från GPCC, huruvida författarens deltagande skiljde sig från övriga författares deltagande var inget som framgick. Det framgick dock att hela teamet analyserade insamlade data. Det framstår inte helt tydligt hur många intervjuer som genomfördes, men det framgår att det totalt intervjuades 18st forskare, "två till tre" forskare från vardera sju forskningsprojekt. Frågan huruvida intervjuerna var i grupp eller enskilt kvarstår. I studien av Naldemirci, Öncel m.fl. (2018) var även här en forskare av fem med i GPCC, dock framgår det att denna forskare inte var med och intervjuade eller analyserade data. Totalt var det åtta intervjuer som låg till grund för insamlade data. I studien av Britten, N. m.fl. (2017) var även här en av de sex författarna med i GPCC. Inga intressekonflikter rapporterades i någon av studierna. Utifrån ovan redogörelse kan dels eventuell partiskhet misstänkas, dels underlagets tillförlitlighet och omfattning ifrågasättas.

Ovan studiers reliabilitet kan anses vara tveksam när forskare själva har varit delaktiga i en implementering och sedan är med i en utvärdering av samma implementering. Kvalitativa data är i högre grad beroende av tolkning och innebär således högre risk för partiskhet. Men trots att kvantitativa data utgör en del av underlaget finns risken för partiskhet, när valda mått eller utformade enkäter som är källan till insamlade data utformas av samma forskare som utvärderar. Forskares underliggande och potentiellt omedvetna uppfattning om objekt/situation kan tänkas påverka resultat och analys (Esaiasson, P. m.fl. 2017). Studierna valdes trots detta att tas med då somliga studier (Rutten, G.E.H.M. m.fl. 2018; Røsvik, Janne et al., 2011; McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011; Vikström, Sofia m.fl. 2015; Ekman, I. m.fl. 2012; Fors, A. m.fl. 2015; Basta, Y.L. m.fl. 2017) härstammar från den medicinskt vetenskapliga traditionen som skiljer sig från den samhällsvetenskapliga traditionen avseende

utvärderingsstudier (Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013). Då studieobjektet sträcker sig mellan olika vetenskapliga fält valdes databaser därefter. Att studier från olika vetenskapliga traditioner inkluderas bedöms således som rimligt. Studiernas resultat från ovan redogörelse bör dock av förekommande anledning värderas lägre och betraktas utifrån ett mer kritiskt förhållningssätt vid kommande diskussion och slutsats.

4.3 Diskussion & analys

Från ovan redogörelse av fynden i artiklarna går det att urskilja visst professionellt motstånd mot introduktionen av nya koncept och modeller vilket indikerar en reformtrötthet. Motståndet kan också betraktas som en ovilja inom och bland professioner att ge upp traditionella arbetssätt som utmärks av en hög grad av autonomi och kunskapsövertag. Detta stärks av tillfällena då konceptet introducerats halvhjärtat genom dåligt spridd information inom organisationen vilket också tyder på att konceptet använts i legitimerande syften från sjukhusledningens sida. Det råder även en viss uppfattning bland fynden att klinisk effektivitet uteslutande är god och säker vård och således ställs i konflikt med patientcentrerad vård.

Det finns indikationer som pekar på hur övergripande strukturer som processer, riktlinjer och metoder förstärker den traditionella synen på hälso- och sjukvård. Även om det finns uttalade mål och behov av att förstärka patientens ställning inom vården. Att patienter involveras genom att agera representanter vid möten eller som panel i styrelserum visar tillsynes på ett försök att inkludera patienters perspektiv. Men i praktiken inte involveras nämnvärt med motivering som hänvisar till brist på kvalifikationer och kunskap. Vid diskussion om patienter bland personal används deras säng-nummer istället för namn. Vid hembesök av vårdteam motiveras det som PCV då det möjliggör en bättre individanpassad vård, eftersom vårdgivare kan betrakta deras vardagliga miljö. Exempelen pekar på att den underliggande styrande normen som grundar sig i den paternalistiska

och traditionella synen på vården. Om patientrepresentanter inte aktivt kan involveras under ordnade former som styrelsemöten drar det den underliggande synen på patienter till sin spets. Synen kan beskrivas som att patienter är en grupp passiva individer utan vilja eller förmåga. Att hänvisa till patienters säng-nummer istället för dess namn grundade sig i ett sekretess-tänk, men det visade sig användas även i situationer där sekretessen inte var äventyrad. Sådana förhållningssätt avhumaniserar patienten på samma sätt som att gruppera och referera till patienter utefter diagnoser. Detta pekar även på en uppfattning bland vårdgivare om att de tror sig veta bättre än patienten om patientens egna behov, vilket i grunden står i konflikt mot ett ödmjukt förhållningssätt som ska skapa förtroende och främja ett samarbete med vårdtagare.

Utöver den rådande traditionella vårdlogiken konkurrerar PCV också mot den NPM-influerade effektivitets- och marknadslogiken. Det synliggörs av den resurs- och tidsbrist som många vårdgivare uttrycker som begränsande vid förverkligandet av konceptet. I empirin syns exempel på hur besöksrum, vardagsrum eller lunchrum istället användes av personalen som mötesrum eller som extra patientrum på grund av platsbrist och överbelagda avdelningar. Detta kan medföra konsekvenser som bidrar till en avhumanisering av patient. Interna styrsystem som syftade till att öka konkurrens mellan enheterna motverkade kontinuiteten och försvårade förverkligandet av PCV bland personalen (Rosengren, K. 2016). Vidare bidrog hög personalomsättning till försämrad kontinuitet och således förmågan att bygga upp relationer och förtroende dels bland personalen, dels mellan patient och personalen.

Det kan dock hävdas att ett patientcentrerat arbetssätt inte passar i alla vårdkontexter på samma sätt och att det råder konkurrerande kvalitetsperspektiv beroende på vårdkontext. Vid akutmottagningar och intensivvårdsavdelningar där vården ofta handlar om direkt fara för patientens liv, beskrivs utrymmet att involvera patienten som begränsat. Där fungerar de medicinska måtten och klara riktlinjer som tydliga vägvisare. Personal visade sig vara väl medvetna om dessa

strukturella begränsningar. Något som påverkade deras vilja att praktisera ett mer patientcentrerat arbetssätt negativt.

De studier som förverkligade konceptet genom aktiv involvering av patienter på ett respektfullt sätt genom samarbete och dialog utmärkte sig genom det tunga fokuset på personalfaktorer och organisationskulturen. Projekt som regelbundet aktiverade personal genom utbildningar, information och dylikt visade på en högre grad av förveckligande av eventuell modell, rutin eller riktlinje som åsyftade PCV. I de studier rörande GPCC-modellen implementerades den alltid med tillhörande gedigen utbildning och förberedelser vilket beskrevs av deltagarna som avgörande. En modell på pappret är bara så bra som hur den utförs och av vem som utför den. Det kokar slutligen ner till vårdgivarens kunskap om konceptet, kommunikation och förmåga att uttrycka sig, omsätta fackspråk till vardagspråk. Ett sådant tillvägagångssätt är i grunden beroende av enskilda personers utförande, som i sin tur kan hävdas vara en produkt av organisationskultur, utbildning och indoktrinering genom vårdutbildningar. När team fungerade som möjliggörare av PCV där nya roller erfordrade nya kunskaper bidrog det till att vårdgivare betraktade patient utifrån en mer holistisk helhetssyn ju mer kunskap som erhöles. Nyutexaminerade sköterskor beskrevs även som väl insatta och utbildade i vad PCV innebar indikerar personalfaktorer som starkt bidragande faktorer.

Litteraturen indikerar att konceptet förverkligas genom att det integreras i grundläggande sociala normer. Genom en repetitiv process inom daglig verksamhet som påverkar strukturella- och kulturella normativa förhållanden. PCV kan betraktas som en inlärningsprocess där personalen är utgångspunkten. Men för en sådan process behövs ett normskifte som snarare utgår från patientens perspektiv än vårdgivarnas. Personal behöver förutsättningar som möjliggör förverkligandet utan att motarbetas av rådande strukturer.

Bland majoriteten av artiklarna utformades förverkligandet av konceptet utifrån avgränsade och bestämda patientgrupper, vilket paradoxalt nog är PCVs syfte att motverka genom att lyfta individen

som unik och som utgångspunkt inom vården. Därtill det motsägelsefulla avseende de utgångspunkterna för vad som är patientcentrerat värde, snabba flöden eller individualiserad vård, tillsynes utan berörda patientens åsikter. Det kan även anses paradoxalt att förverkligandet genom samarbetsmodeller likt GPCC-modellen som bedömt står närmast kärnvärdena holistisk helhetssyn och samarbete, trots allt utgår från en på förhand standardiserad rutinmall. Denna standardiserade mall indikerar även att vårdgivares möte med vårdtagare begränsar den professionella autonomi som utmärks av själva kunna styra sitt arbete att tillhandahålla vård till patient. Vilket till en viss grad kan liknas vid centralisering av beslutsfattandet, något som står i konflikt med det traditionella sättet att organisera vården på och bidrar till interna spänningar.

5. Slutsats

Uppsatsen har analyserat och kritiskt granskat vetenskapliga artiklar inom området för styrkonceptet patientcentrerad vård. Sammanfattningsvis pekar övergripande resultat på att den traditionella synen på hur hälso- och sjukvården bör organiseras är den rådande normen i en symbios med NPM-influerad logik om effektivitet och marknadsideal som således står i konflikt med PCV. Det är få studier som uppvisar en helhetsimplementering av konceptet, ofta förverkligas det genom avgränsade insatser eller som redan befintliga ompaketerade aktiviteter. Med hänvisning till konceptets löst formulerade och knapphändiga praktiska definition framstår det inte som oväntat men visar på en betydande brist på kunskap avseende ett så pass lovordat koncept. Vidare finns fog för frågan avseende hur patientcentrerat konceptet i grund och botten egentligen är, då det paradoxalt nog utgår från förbestämda grupper och patientvärden.

Det har påvisats hur metoder som grundar sig på en mer holistisk helhetssyn av patienten förverkligar samarbeten mellan vårdgivare och vårdtagare och således aktualiserar konceptet patientcentrerad vård i viss grad. Det har också påvisats metoder, rutiner och processer som uttryckligen beskrevs som individualiserad och patientcentrerad vård, men som snarare visade sig vara mer ritualistiskt och särkopplat från en holistisk helhetssyn och samarbete. Andra fynd förverkligade PCV som strukturella omorganisationer där definitionen av konceptet likställdes med patientens tillgång till vård, information eller väntetider. Som enskilda faktorer är informationstillgänglighet och hög tillgänglighet till vården i linje med grundvärdena samarbete och holistisk helhetssyn. Även korta väntetider skapar visst värde utifrån ett patientcentrerat perspektiv men kan anses böttna i ett paternalistiskt synsätt. Således synliggörs interna spänningar och konflikter inom organisationer vid förverkligandet av konceptet. Men sådana enskilda faktorer som uttryck för PCV fångar knappast

konceptet som helhet och pekar på bristande grunder att egentligen uttala sig om PCV som koncept.

Resultatets olika delar som bl.a. engagerad ledning, strukturer & rutiner eller kommunikation beskrivs vara avgörande för att konceptet ska förverkligas. Reflektioner och diskussioner kopplat till hur sådana faktorer på något sätt är unika uttryck för just patientcentrerad vård lyser med sin frånvaro. Det kan likväl argumenteras för att samma faktorer är avgörande oavsett nytt styrkoncept som ska implementeras. Bland studiernas resultat framhävs även de positiva utfallen av testade modeller och rutiner. Ofta härstammar de mest positiva studierna från det medicinska vetenskapliga fältet, där samma forskare som utvecklat och testat modeller även utvärderar dem. I den samhällsvetenskapliga färan och traditionen hade larmklockorna sedan länge tjutit. Litteraturens bristfällighet avseende konceptet påvisas ytterligare utifrån studiernas olika utgångspunkter i vad för värde som definieras och likställs med patientcentrerad vård nästan helt utan patienters och vårdtagares åsikter och input. Sammanfattningsvis framstår litteraturen avseende konceptets förverkligande som undermålig och i förlängning även kunskapen som undermålig avseende konceptets egentliga förverkligande.

Slutsatsen pekar på hur styrkonceptet PCV står i konflikt med rådande normer som styr hälso- och sjukvården samt förverkligas genom avgränsade delar. Det kan som tidigare beskrivet argumenteras för att konceptets lösa definition pekar på att konceptet riktar sig mot de underliggande basala normer hälso- och sjukvården vilar på snarare än direkt tillämpbara praktiska lösningar. Vidare pekar denna uppsats på bristande pålitlig kunskap som finns att tillgå avseende förverkligandet av konceptet som helhet i europeisk och svensk kontext och således ställer sig frågande till dess lovordade framtoning.

PCV har och kan likställas vid ett styrkoncept likt många andra koncept och reformer som utmålats likt helhetslösningar för vårdorganisationers mångbottnade problem. Men som i praktiken förverkligas som en liten del av helheten. Med hänvisning till påvisad

bristande kunskapsgrund kan konceptet betraktas som en rådande management-trend som till största del fungerar som en legitimerande kraft bland likartade organisationer.

Den kunskap uppsatsen har genererat avseende vad litteraturen säger om hur PCV förverkligas och dess interna spänningar och konflikter pekar på vikten av ett kritiskt förhållningssätt gentemot dels rådande strukturer, dels mot nya styrkoncept. Kunskapen pekar på vikten av en förståelse för rådande mekanismer inom organisationer i samband med en kritisk diskussion och reflektion avseende nya styrkoncept.

5.1 Vidare forskning

Denna uppsats har haft som mål att undersöka vad litteraturen säger om konceptet PCV för att generera kunskap angående introduktionen av nya styrmodeller och koncept bland verksamheter inom offentlig sektor.

För att kunna generera rättvisande och tillförlitlig kunskap avseende ett styrningskoncept som säger sig utgå från patienten som en unik individ krävs fler perspektiv och betydligt mer input från vårdtagare i studier som syftar till att utvärdera eller undersöka PCV från ett management- och styrningsperspektiv.

Då insamlad data beskriver hälso- och sjukvårdssektorn övergripligt kan med fördel vidare studier som ämnar undersöka konceptet rikta sig mer mot specifika vårdkontexter. Jämförande studier mellan specifika vårdkontexter kan också tänkas bidra med relevant kunskap med hänsyn till resultatet som pekade på konceptets förverkligande beror på vårdkontext. Inom enbart en svensk kontext kan underlaget visa sig vara för tunt för att genomföra en litteraturstudie avseende enbart en specifik vårdkontext, därför borde studier som grundar sig på förstahandsdata lämpa sig bättre. Möjliga studier som riktar sig mot specifika vårdkontexter kan förslagsvis genomföras genom att jämföra vägledande policytexter mot insamlad förstahands-empiri om hur det förverkligas i praktiken.

Vidare kan det vara givande att undersöka i vilken utsträckning konceptet som helhet förverkligas snarare än avgränsade punktsatser. Detta kan generera vidare kunskap kopplat till huruvida konceptet kan liknas vid en legitimerande kraft tillika management-trend eller inte.

5.2 Avslutande reflektioner

Då studieobjektet för denna uppsats sträcker sig över flera kontexter avseende både länder och vårdmiljöer vars förutsättningar skiljer sig kopplat till struktur, system och syfte kan genererad kunskap inte betraktas som direkt och konkret applicerbar i alla hälso- och sjukvårdskontexter. För att kunna uttala sig avseende olika förutsättningar krävs separata avgränsade undersökningar som tar större hänsyn till specifik kontext.

Resultatet pekar generellt på vad som framgick redan under bakgrundsavsnittet. Med hänvisning till uppsatsens översiktliga natur bör den snarare betraktas som ett kunskapsbidrag till befintlig litteratur, samt en grund för vidare forskning inom området styrkoncept och patientcentrerad vård.

6. Källförteckning

6.1 Referenser

- Anell, A. et al., 2005. Swedish healthcare under pressure. *Health Economics*, 14(S1), pp. S237–S254.
- Barry, Michael J, and Susan Edgman-Levitan. 2012. "Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care." *The New England Journal of Medicine* 366.9: 780-81. Web.
- Berlin, J. & Kastberg, G., 2011. *Styrning av hälso- och sjukvård* 1. uppl. Malmö, Liber.
- Berwick, D.M., 2009. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health affairs (Project Hope)*, 28(4), pp.w555–65.
- Bévort F and Suddaby R. 2016. Scripting professional identities: how individuals make sense of contradictory institutional logics. *Journal of Professions and Organization* 3: 17-38.
- Blomquist, T. & Packendorff, J., 1998. *Ekonomisk styrning för förändring : en studie av ekonomiska styrinitiativ i hälso- och sjukvården = [Management control for change] : [a study of management control initiatives in health care]*
- Bragato, L. & Jacobs, K., 2003. Care pathways: the road to better health services? *Journal of Health Organization and Management*, 17(3), pp.164–180.
- Chenhall, R.H., 2008. Accounting for the horizontal organization: A review essay. *Accounting, Organizations and Society*, 33(4-5), pp.517–550.
- Alston, C. et al. 2014. "Shared decision-making strategies for best care: Patient decision aids" National academy of medicine.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. 1983. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147-160.

- Epstein RM and Street RL. 2011. The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine* 9: 100-103.
- Epstein, R.M. et al., 2013. What Is Shared in Shared Decision Making? Complex Decisions When the Evidence Is Unclear. *Medical Care Research and Review*, 70(1_suppl), pp.94S-112S.
- Epstein, Ronald M., 2000. The Science of Patient-Centered Care. *Journal of Family Practice*, 49(9), pp.805-807.
- Eriksson Barajas, K., Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. *Systematiska litteraturstudier i utbildningsvetenskap: vägledning vid examensarbeten och vetenskapliga artiklar* 1. utg., Stockholm: Natur & Kultur
- Eriksson-Zetterquist, U., 2009. *Institutionell teori: idéer, moden, förändring* 1. uppl., Malmö. Liber.
- Esaiasson, P. et al., 2017. *Metodpraktikan : konsten att studera samhälle, individ och marknad* Femte upplagan., Stockholm: Wolters Kluwer.
- Felder, M.M. et al., 2018. Together alone: organizing integrated, patient-centered primary care in the layered institutional context of Dutch healthcare governance. *Journal of Professions and Organization*, 5(2), pp.88-105.
- Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* 3. utg., Stockholm: Natur & kultur.
- Freidson E. 1985. The reorganization of the medical profession. *Medical Care Review* 42: 15.
- Freidson, E., 2001. *Professionalism : the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Håkansson Eklund, J. et al., 2019. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), pp.3-11.
- Hamilton, J. et al., 2017. What is a good medical decision? A research agenda guided by perspectives from multiple stakeholders. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(1), pp.52-68.
- Harrison, M.I. & Calltorp, J., 2000. *The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care*. *Health policy*, 50(3), pp.219-240
- Hellman, S., Kastberg, G., & Siverbo, S. 2019. *Lean och processer i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Hesser, H. & Andersson, G., 2015. *Introduktion till metaanalys och systematiska översikter* 1. uppl., Lund: Studentlitteratur.

- Hobbs, J.L., 2009. A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research*, 58(1), pp.52–62.
- Institute of Medicine. 2001. Envisioning the national health care quality report. Washington, DC: National Academies Press, 1–18.
- Karlsson, T.S., 2017. New Public Management : ett nyliberalt 90-talsfenomen? Upplaga 1. Lund: Studentlitteratur
- Karolinska Institutet. 2016. Svenska MeSH. <https://mesh.kib.ki.se/term/D018802/patient-centered-care> (hämtad 2020-04-30)
- Kastberg, G. & Siverbo, S., 2013. The Design and Use of Management Accounting Systems in Process Oriented Health Care – An Explorative Study. *Financial Accountability & Management*, 29(3), pp.246–270.
- Kastberg, G. & Siverbo, S., 2016. The role of management accounting and control in making professional organizations horizontal. *Accounting, Auditing and Accountability*, 29(3), pp.428–451.
- Kastberg G and Siverbo S. 2017. Lean and process-orienting health care – linking and disentangling activities. *Qualitative Research in Accounting & Management* 14: 390-406.
- Linn Boström, P. M. 2015. PATIENTCENTRERING I SVERIGE-AKTUELLA INITIATIV
- Luxford K, Safran DG and Delbanco T. 2011. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care* 23: 510-515.
- Maassen, E.F. et al., 2017. Comparing patients' perspectives of "good care" in Dutch outpatient psychiatric services with academic perspectives of patient-centred care. *Journal of Mental Health*, 26(1), pp.84–94
- Mccormack, Brendan & Mccance, Tanya, 2010. The Care Environment. In *Person-Centred Nursing*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, pp. 61–87.
- McNulty, T. & Ferlie, E., 2004. Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organization Studies*, 25(8), pp.1389–1412.
- Meyer, J. & Rowan, B., 1977. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(1), p.340.

- Meyer, J.W. och Scott, R. W. 1983. *Organizational Environments: Ritual and Rationality*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications.
- Mintzberg, H., 1983. *Structure in fives : designing effective organizations*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Nationalencyklopedin, 2020. big data. <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/big-data> (hämtad 2020-05-16)
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. 2006. *Redefining health care: Creating value-based competition on results*: Harvard Business Press.
- Proudlove, N., Moxham, C. & Boaden, R., 2008. Lessons for Lean in Healthcare from Using Six Sigma in the NHS. *Public Money & Management*, 28(1), pp.27-34.
- Robinson, J.H. et al., 2008. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), pp.600-607.
- Schram, A.P., 2012. The patient-centered medical home: Transforming primary care. *The Nurse Practitioner*, 37(4), pp.33-39.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag.
- Shafer, P.O., 2015. Shared decision-making in epilepsy management – Its time has come, but are we missing some concepts? *Epilepsy & Behavior*, 47, pp.73-74.
- Shaller D. Patient-centered care: what does it take? Report for the Picker Institute and The Commonwealth Fund. NY: The Commonwealth Fund, 2007.
- Sinaiko, A.D. et al., 2017. Synthesis Of Research On Patient-Centered Medical Homes Brings Systematic Differences Into Relief. *Health affairs (Project Hope)*, 36(3), pp.500-508.
- Socialstyrelsen. 2016. En mer tillgänglig och patientcentrerad vård Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner - delrapport
- Stewart, Moira et al., 2000. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), pp.796-804.
- Svensk sjuksköterskeförening. 2016. Personcentrerad vård. Stockholm
- Svensson, L G. 2008. Profesjon og organisasjon. Bokkapitel i Molander, A. & Terum, L.I.,. *Profesjonsstudier*
- Vårdanalys, 2012. Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Rapport 2012:5.

- Wagner, E.H. et al., 2005. Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(supplement 1), pp.s-7-s-15.
- Waring J and Bishop S. 2013. McDonaldization or Commercial Re-stratification: Corporatization and the multimodal organisation of English doctors. *Social Science & Medicine* 82: 147-155.
- Waring, J.J. & Bishop, S., 2010. Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine*, 71(7), pp.1332–1340.
- Young, T. & McClean, S., 2009. Some challenges facing Lean Thinking in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), pp.309–310.

6.2 Insamlade artiklar

1. Vikström, Sofia et al., 2015. A model for implementing guidelines for person-centered care in a nursing home setting. *International Psychogeriatrics*, 27(1), pp.49–59.
2. Røsvik, Janne et al., 2011. A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *International Journal of Older People Nursing*, 6(3), pp.227–236.
3. Moore, L. et al., 2017. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), pp.662–673.
4. Naldemirci, Öncel et al., 2017. Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: a qualitative interview study with researchers, professionals and patients. *BMC Health Services Research*, 2017, Vol. 17, Iss. 527, 17(527), pp.BMC Health Services Research, 2017, Vol. 17, Iss. 527.
5. McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T., 2011. Developing Person-Centred Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), pp.1–12.

6. Backman, A. et al., 2020. Embodying person-centred being and doing: Leading towards person-centred care in nursing homes as narrated by managers. *Journal of Clinical Nursing*, 29(1-2), pp.172–183.
7. Taylor, A. & Groene, O., 2015. European hospital managers' perceptions of patient-centred care: A qualitative study on implementation and context. *Journal of Health Organization and Management*, 29(6), pp.711–728.
8. Fiorio, Carlo V., Gorli, Mara & Verzillo, Stefano, 2018. Evaluating organizational change in health care: the patient-centered hospital model. *BMC Health Services Research*, 18(1), p.95.
9. McCormack, B. et al., 2010. Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), pp.620–634.
10. Dellenborg, L., Wikström, E. & Andersson Erichsen, A., 2019. Factors that may promote the learning of person-centred care: an ethnographic study of an implementation programme for healthcare professionals in a medical emergency ward in Sweden. *Advances in Health Sciences Education*, 24(2), pp.353–381.
11. Rutten, G.E.H.M. et al., 2018. Implementation of a Structured Diabetes Consultation Model to Facilitate a Person-Centered Approach: Results From a Nationwide Dutch Study. *Diabetes care*, 41(4), pp.688–695.
12. Hower, K.I. et al., 2019. Implementation of patient-centred care: which organisational determinants matter from decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ Open*, 9(4), p.e027591.
13. Basta, Y.L. et al., 2017. Organizing and implementing a multidisciplinary fast track oncology clinic. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(7), pp.966–971.
14. van Der Heide, I. et al., 2018. Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. *Health policy*, 122(1), pp.36–43.
15. O'Donovan, A., 2007. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(6), pp.542–548.

16. Rosengren, K., 2016. Person-centred care: A qualitative study on first line managers' experiences on its implementation. *Health Services Management Research*, 29(3), pp.42–49.
17. Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2015. Reorganising hospitals to implement a patient-centered model of care. *Journal of Health Organization and Management*, 29(7), pp.848–873.
18. Villa, S., Barbieri, M. & Lega, F., 2009. Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases. *Health Care Management Science*, 12(2), pp.155–165.
19. Naldemirci, Öncel et al., 2018. Tenacious assumptions of person-centred care? Exploring tensions and variations in practice. *Health (London, England : 1997)*, 2018, Vol. 22, Iss. 1, pp. 54-71, 22(1), pp.54–71.
20. Hurst, K., 1996. The managerial and clinical implications of patient-focused care. *Journal of Management in Medicine*, 10(3), pp.59–77.
21. Vuik, S., Mayer, E. & Darzi, A., 2016. ANALYSIS & COMMENTARY: Patient Segmentation Analysis Offers Significant Benefits For Integrated Care And Support. *Health Affairs*, 35(5), pp.769–775D.
22. Wiig, Siri et al., 2013. Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? *BMC Health Services Research*, 13(1), p.206.
23. Fors, A. et al., 2015. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care – A randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 187(1), pp.693–699.
24. Ekman, I. et al., 2012. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European heart journal*, 33(9), pp.1112–1119.
25. Britten, N. et al., 2017. Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations*, 20(3), pp.407–418.
26. Liberati, E.G., Gorli, M. & Scaratti, G., 2016. Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Social Science & Medicine*, 150, pp.31–39.
27. Burau, V et al., 2017. Professional groups driving change toward patient-centred care: interprofessional working in stroke

- rehabilitation in Denmark. *Bmc Health Services Research*, 17(1), p.662.
28. Andersson, T. & Liff, R., 2012. Does patient-centred care mean risk aversion and risk ignoring? *International Journal of Public Sector Management*, 25(4), pp.260-271.
 29. Wolf, A., Ekman, I. & Dellenborg, L., 2012. Everyday practices at the medical ward: a 16-month ethnographic field study. *BMC Health Services Research*, 12(1), p.184.
 30. Gillespie, R., Florin, D. & Gillam, S., 2004. How is patient-centred care understood by the clinical, managerial and lay stakeholders responsible for promoting this agenda? *Health Expectations*, 7(2), pp.142-148.
 31. van Empel, I.W.H. et al., 2011. Organizational determinants of patient-centered fertility care: a multilevel analysis. *Fertility and Sterility*, 95(2), pp.513-519.

Förvaltningshögskolans rapporter

(pris inkl porto+moms)

- 20:156 Alexander Nilsson
Patientcentrerad vård. En systematisk litteraturstudie om konceptets förverkligande 90:-
- 20:155 Ylva Norén Bretzer
Ordning och samordning. En utvärdering av 3 § LOV ordningsvakter i Gamlestaden, Göteborg. 90:-
- 20:154 Sime Zupan
Lokaljournalistiken som blåslampa. Medias inverkan på redovisningskvalitet i svenska kommuner 90:-
- 20:153 Petra Svensson (red)
Att styra på tvären. Tre studier om tvärsektoriell koordinering och dess aktörer i offentlig förvaltning 140:-
- 19:152 Emilia Kahn och Amanda Lycke
Ömsesidigt förtroende eller rättsstatsprincipen? Vilket grundläggande värde prioriteras av EU-domstolen i förhandsavgöranden angående den europeiska arresteringsordern? 90:-
- 19:151 Kerstin Bartholdsson, Louise Holm och Allison Östlund
Effektivitet och rättssäkerhet vid brandskyddstillsyn – utmaningar och målkonflikter för kommunala tjänstemän 140:-
- 19:150 Petra Fogelholm, Jenny de Fine Licht, Peter Esaiasson
När beslutet fattas. När beslutet fattats. En studie av kommuners hantering av skolnedläggningar 90:-
- 19:149 Sylwia Jedrzejewska
När hjärtat skriker av glädje och sorg. Hur faddrar påverkas av sitt frivilliga engagemang för ensamkommande flyktingbarn 90:-
- 18:148 Magnus Thor
Revisionskvalitet i svenska kommuner. En studie om följsamhet mot redovisningsregleringen 90:-
- 18:147 Louise Holm och Osvaldo Salas
Finanspolitiska åtgärder. En keynesiansk ansats 90:-
- 18:146 Henry Bäck
Kommunrevisorers testamente 90:-
- 18:145 Christoffer Matschede
Public Procurement and the Public-Private Value Conflict in the Transport Sector – A Research Model 90:-
- 18:144 Kerstin Bartholdsson
Utveckling av medborgardialog – ett samarbete mellan Ale kommun och Ghanzi District i Botswana 90:-
- 17:143 Lena Kindborg
64 % män. Kvinnor och män i kurslitteraturen vid Förvaltningshögskolan 90:-
- 17:142 Robin Andersson
Samverkan i demokratins försvar. En studie om den offentliga sektorn, civilsamhället och arbetet mot våldsbejakande extremism 140:-

17:141 Malin Isaksson <i>Kunskapsstaden Göteborg – varför och för vem? Tre organisationers syn på kunskap och Göteborg som kunskapsstad 2000–2016</i>	140:-
16:140 Therese Jakobsson och Helena Richardsson <i>Politik och förvaltning på nätet</i>	60:-
16:139 Carl Odhnoff <i>Att förstå EBP. Översättningar av idén om en evidensbaserad praktik i den svenska socialtjänsten</i>	60:-
16:138 Kerstin Bartholdsson och Ylva Norén Bretzer <i>Samordnande samverkan – En utvärdering av Samordningsförbundet Vänersborg/Mellerud</i>	60:-
16:137 Hanna Hellgren <i>Mellan pedagogisk professionalism och marknadsmässiga tekniker – Institutionella logiker i organisering av förskolan</i>	60:-
15:136 Nazem Tahvilzadeh <i>Socialt hållbar stadsutveckling? Stadsdelsnämnderna, stadsutvecklarrollen och sociala konsekvensanalyser i planeringen av Göteborgs stad.</i>	60:-
15:135 Gustaf Kastberg <i>Ändamålsenlig organisering. Förvaltningsstruktur, målkomplexitet och förändrad omvärld</i>	60:-
15:134 Inga-Lisa Adler <i>Medskapardemokrati. Interaktiva styrningsprocesser och medskapande dialogarbetsätt</i>	60:-
15:133 Johan Sandén <i>Mer papper, klokare barn? Hur lärares administrativa arbete kan påverka kvaliteten i skolan</i>	60:-
15:132 Andreas Lundstedt <i>Styrmedlens uttalade politik. En av studie av New Orleans kulturekonomiska landskap</i>	60:-
15:131 Kristofer Johansson <i>Den svenska polisens yrkeskultur. En studie av polisstudenters utbildningslitteratur</i>	60:-
14:130 Oliver Bjerhem och Peter Rundblom Andersson <i>Är ni med på noterna? En studie om kommunala redovisningsval och notavvikelser</i>	60:-
14:129 Anna Laurell och Jessica Moström Axelfelt <i>The Socio-Economic Impacts of CSR. A Case Study of Swedish-related Companies and Corporate Social Responsibility in Vietnam</i>	60:-
14:128 Louise Holm och Osvaldo Salas <i>Investeringskalkyl och beslutsteori. Verktyg för beslutsfattande under osäkerhet</i>	60:-
13:127 Maja Rhodin Edlund <i>Where did all the women go? Representation of women and men in the Standing Committees of the European Parliament</i>	60:-
13:126 Erik Bergman <i>Interkommunal samverkan – en nödvändig lösning på kommunala utmaningar</i>	60:-
13:125 Angelica Börjesson och Marcus Starcke <i>Politiska granskare. Den kommunala revisionens roll för kommunalt ansvarsutkrävande</i>	60:-
12:124 Mats Bengtsson och David Karlsson <i>Demokratis svängrum. Lokalpolitikens roll i den specialreglerade verksamheten</i>	60:-
12:123 Osvaldo Salas <i>Samhällsekonomiska utvärderingar</i>	60:-
12:122 Marcus Johansson	

<i>De som jagar makt mellan himmel och jord. – Om det civila samhällets roll vid implementeringen av jaktpolitiska EU-direktiv.</i>	60:-
11:121 Oskar Johansson	60:-
<i>Lika men olika? – redovisning av effektivitet inom statliga myndigheter</i>	
11:120 Louise Skoog	
<i>Alla följer partilinjen – en studie om hur kommunpolitiker tolkar sitt mandat i praktiken</i>	60:-
10:119 Osvaldo Salas, César Villanueva och Rebecka Villanueva Ulfgård	
<i>Välfärdspolitik under utveckling i Mexico</i>	60:-
10:118 Petra Svensson	
<i>”Den nya svenskinspireerade föräldrapenningen har haft avsedd verkan” - En studie av den tyska föräldraförsäkringens förändring ur ett jämställdhetsperspektiv</i>	60:-
10:117 Andrea Egerlundh och Isabella Enbågen	
<i>När det ideella blir offentligt... eller när det offentliga blir ideellt</i>	60:-
<i>En jämförande studie om möjligheten till ansvarsutkrävande i governance tidevarv</i>	
10:116 Elin Jakobsson	
<i>Global Policy Making on Climate Refugees – What is the Problem?</i>	60:-
10:115 Sara Bansmann	
<i>Bör staten försvara sig mot sina antagonister? Moderaternas och Socialdemokraternas ställningstaganden i FRA-frågan</i>	60:-
10:114 Margareta Lundberg Rodin	
<i>Chefer i korstryck. Att hantera krav i politiskt styrda organisationer</i>	60:-
10:113 Moa Aronsson	
<i>Medfinansiering Om relationen mellan stat och kommun i infrastrukturprojekt</i>	60:-
10:112 Richard Vahul	
<i>På väg mot en förbättrad kommunal redovisning. Konsekvenser av ett förändrat balanskrav</i>	60:-
09:111 Osvaldo Salas	
<i>Från utvandringsland till invandringsland. En analys av migrationsströmmar till och från Chile.</i>	60:-
09:110 David Ljung	
<i>Does Network Management Matter? The Coordination of Integration Policy Delivery at the Local Level in Sweden</i>	60:-
09:109 Johan Strömblad	
<i>Kan nätverksstyrning förenas med folkstyre? Stadsbyggnad, governance och demokrati i planeringen av Norra och Södra Älvstranden i Göteborg</i>	60:-
09:108 Gustaf Rönneklev	
<i>Att kasta pengar i sjön? En undersökning av nystartsjobbets direkta undanträngningseffekter</i>	60:-
09:107 Adiam Tedros	
<i>Lokala krisaktörer – Katastrofolontärer eller profitörer? Den lokala krishanteringen i två kommuner under stormarna Gudrun och Per.</i>	60:-
08:106 Annika Berggren	
<i>Jämn könsfördelning på höga chefsnivåer. En studie om framgångsfaktorer</i>	slut
08:105 Christina Alvelins och Gabriella Sjöman	
<i>Vem tar ansvar för de nollplacerade? Om rehabilitering och försörjning för sjuka utan inkomst</i>	60:-
08:104 Nathalie Munteanu	
<i>Det bästa av två världar. - En studie om kommunala självstyrande skolor som hybrider i det svenska utbildningssystemet.</i>	60:-

- 08:103 Helena Öhrvall
De nya moderaterna? Om moderaternas socialpolitik i retorik och praktik under perioden 1999-2007
- 08:102 Lotta Valinder 60:-
Pengar är inte allt. En studie av fyra högstadieskolor i Mellansverige.
- 08:101 Niklas Andersson 60:-
De som fiskar efter makt. Om svensk fiskepolitik och intresseorganisationernas inflytande.
- 08:99 Andreas Ivarsson 60:-
Från Gudrun till Per – om kommunal krishantering, erfarenheter och förändring
- 08:98 Lars Johansson 60:-
Tjänsteförseelse - Disciplinansvar och påföljder i rättspraxis
- 08:97 Mathias Henriksson 60:-
Arenapolitik på 2000-talet – om kommuner som bestämmer sig för att satsa på en ny idrotts- och evenemangsarena
- 08:96 Staffan Kling 60:-
Organisationskulturens betydelse för hantering av tomrum
- 07:95 Andreas Gustavsson och Stefan Laang 60:-
Prat och handling – en studie om kommunernas pensionsredovisning.
- 07:94 Osvaldo Salas 60:-
Miljöhänsyn lönar sig. Samhällsekonomiska följder av luftföroreningsminskningen i två peruanska städer: En cost-benefit-analys.
- 07:93 Marie Persson 60:-
Lojalitet & Konflikt. - En studie av förstalinjenchefens delade lojalitet inom hemtjänsten.
- 07:92 Emil Gustafsson, Michael Nilsson 60:-
*Varför bäst i klassen?
– En jämförandestudie av högstadieskolor i Göteborg*
- 07:91 Adrian Nählinger 60:-
"Nej, gudskelov". Om (förekomsten av) styrning och påverkan av hur professionella organisationer arbetar med högskolans tredje uppgift.
- 07:90 Osvaldo Salas 60:-
Rörligheten på arbetsmarknaden bland invandrare. En litteraturöversikt.
- 07:89 Daniel Bernmar 60:-
Aktörer, nätverk och spåragnar: EN studie i organiserandet av ett trafikpolitiskt projekt
- 07:88 Viveka Nilsson 60:-
Genusperspektivet vid Sahlgrenska akademien
- 06:87 Lena Lindgren 60:-
Arbetsmarknadspolitik "på det nedersta trappsteget". En utvärdering av projekt ENTER
- 06:86 Sara Brorström 60:-
Något utöver det vanliga - en studie av sex kommunala projekt.
- 06:85 Jane Backström 60:-
Inget är för evigt - en studie av sextimmarsdagen i Kiruna.
- 06:84 Pierre Donatella 60:-
Bra och dåliga årsredovisningar - En studie om kvalitetsskillnader.
- 06:83 Vicki Johansson red. slut
Tillsynens mångfasetterade praktik inom det sociala och hälso- och sjukvårdsområdet.
- 06:82 Anders Björnsson 60:-
Max Weber - inblickar i en tid och ett tänkande.
- 06:81 Alexander Baena 60:-
Varför slöas det samtidigt som det sparas? - en studie om budgetproblematik i kom-

<i>munal verksamhet.</i>	
06:80 David Karlsson	60:-
<i>Den svenska borgmästaren. Kommunstyrelsens ordförande och den lokala demokratin.</i>	
05:79 Kerstin Bartholdsson	60:-
<i>Tre nyanser av grönt: Om betydelsen av kommunala miljöchefers personliga engagemang för miljön.</i>	
05:78 Björn Brorström, Stellan Malmer, Viveka Nilsson	60:-
<i>Varför tillväxt i kommuner? En studie av nyckelaktörers uppfattningar</i>	
05:77 Thomas Vilhelmsson	60:-
<i>Kommunala pensionsavsättningsbeslut.</i>	
05:76 Henry Bäck, Folke Johansson & Adiam Tedros	60:-
<i>Ledarskap och lokalsamhälle i lokal politik – Fyra politiska initiativ i Göteborg och Stockholm i komparativ belysning.</i>	
05:75 Östen Ohlsson & Björn Rombach	60:-
<i>Den friska organisationen.</i>	
05:74 Henry Bäck, Nina Granqvist, Siv Sandberg, Sundback	60:-
<i>Svenskt och finskt i kommunerna.</i>	
5:73 Charlotta Ekman	
<i>Varför görs det ris i Åhus? Om mötet mellan näringslivspolitik och etableringsstrategi.</i>	
05:72 Sven Siverbo (red.)	60:-
<i>Evolutionsteori för offentliga organisationer.</i>	
05:71 Nazem Tahvilzadeh	60:-
<i>Minoritetsmedier i Göteborgs Stad. En studie om integration, makt och icke-beslut i stadspolitiken.</i>	
05:70 Sven Siverbo	60:-
<i>Inkomstutjämning och kommunalekonomiska incitament</i>	60:-
05:69 Andreas Ivarsson	
<i>På väg mot paradoxala resultat? En studie av möjligheter till ökad handlingskraft genom resultatstyrning av sektorsövergripande frågor inom statsförvaltningen med jämställdhetspolitiken som exempel.</i>	
05:68 Sofie Cedstrand	60:-
<i>Idealism till salu? Om ideella organisationers strategival och dess demokratiska betydelse.</i>	
04:67 David Karlsson & Carina Andersson	
<i>84% män. Kvinnor och män i kurslitteraturen.</i>	60:-
04:66 Björn Brorström & Sven Siverbo	
<i>Skattehöjning enda lösningen? Om ekonomiska problem och behov av avceremonialisering och självständighet.</i>	60:-
04:65 Anders Falk	
<i>Varför lyckades Geriatriken? En fallstudie av två verksamhetsområdens implementering av balanserad styrkort inom hälso- och sjukvården.</i>	60:-
04:64 Daniel Lindin & Josip Mrnjavac	
<i>Varför blir det detta pris? En studie i hur kommuner sätter sina tomtpriser.</i>	60:-
04:63 Elisabeth Ravenshorst	
<i>Den sensuella organisationen . Ett perspektiv på kommuner och dess chefskap.</i>	60:-
04:62 Katrin Söderlind	
<i>Målstyrning av grundskolan. En fallstudie i Partille kommun.</i>	60:-
04:61 Henry Bäck och Maritta Soinin	

<i>Politisk annonsering eller nätverkande? Uppföljning och utvärdering av partiernas särskilda informationsinsatser till invandrarväljare vid 2002 års val.</i>	60:--
04:60 Anette Gustafsson	
<i>Vem är feminist? Om politiska könsideologier i svensk kommunpolitik.</i>	60:--
04:59 Henry Bäck	
<i>Av de många ett. Västra Götlandsregionens politiker. Partipolitiska och territoriella skiljeliner Göteborg: Förvaltningshögskolan.</i>	60:--
04:58 Tobias Johansson	
<i>Kollision eller konfirmation? - Ett möte mellan transaktionskostnadsteorin och kommunal äldreomsorg.</i>	60:--
04:57 Anna Berg och Charlotta Fagring	
<i>Internationella reglers påverkan på kommunal redovisning -Ett resultat av anpassning eller anpassning som ett resultat</i>	60:--
04:56 Aida Alic och Pernilla Wallén	
<i>Centralisera mera? Hur organiseras inköpsfunktionen i en kommun för en bättre efterlevnad av LOU?</i>	60:-
03:55 Mats Lindblad	
<i>Perspektiv på europeisk integration i svensk riksdag. Jämförande analyser av riksdagsdebatterna om grundlagsändringarna 1994 och 2003 angående överlåtelse av beslutsrätt till EG/EU.</i>	60:-
03:54 Mia Davidsson	
<i>Kommunala upphandlare - En studie om hur de fattar beslut.</i>	60:-
03:53 Mats Bengtsson	
<i>Kvinnor och Män i lokalpolitiken.</i>	60:-
03:52 Peter Arkeväg, Björn Brorström, Carina Andersson och Tobias Johansson	
<i>För bra för för få - Årsredovisningar inom staten.</i>	60:-
03:51 Johan Berlin och Eric Carlström	
<i>Balans eller nonchalans? - En studie av kommuner som beviljats extra finansiellt stöd av staten.</i>	60:-
03:50 Roger Andersson	
<i>Praktisk kommunal upphandling.</i>	60:-
03:49 Carina Andersson med flera	
<i>Interviewer.</i>	60:-
03:48 Kajsa Värna och Birgitta Örnfelt	
<i>Långlivade förvaltningsschefer - strategier som verkar utan att synas.</i>	60:-
02:47 Paula Rodrigo Blomqvist	
<i>Från assimilation till separation. Den finska invandrargruppens krav på finskspråkig undervisning.</i>	60:-
02:46 Henry Bäck, Gunnar Gjelstrup, Folke Johansson, Jan Erling Klausen (red)	
<i>Lokal politik i storstad - stadsdelar i skandinaviska storstäder.</i>	60:-
02:45 Lena Andersson-Felé	
<i>När gamla vårdar ännu äldre ...</i>	60:-
02:44 Björn Brorström och Sven Siverbo	
<i>Framgångsrik vändning.</i>	60:-
02:43 Ann-Charlotte Bengtsson och Eva-Britt Pettersson	
<i>Modell för kvalitetsmätning inom äldreomsorgen — Finns det något samband mellan kvalitet och kostnad?</i>	60:-

02:42 Joacim Rydmark	
<i>Beslut under osäkerhet - En experimentell mikrovärldsstudie av metoder för att hantera osäkerhet vid ledning och beslutsfattande i komplexa och dynamiska miljöer.</i>	60:-
02:41 Anna Holmqvist	
<i>Beslutsprocesser och investeringskalkyler i fastighetsbranschen. En jämförelse mellan allmännyttiga och börsnoterade fastighetsbolag.</i>	60:-
02:40 Carina Andersson	
<i>Tidens ekonomi.</i>	60:-
02:39 Patrik Johansson	
<i>Vem tar notan? Skandaler i svensk offentlig sektor.</i>	60:-
02:38 Conny Pettersson	60:-
<i>Från Global idé till lokal praktik - Om näringspolitik för hållbar utveckling.</i>	
02:37 Gustaf Kastberg	
<i>Omsorg om Marknaden - En studie av hur reglerna på en offentlig marknad skapas och förändras.</i>	60:-
01:36 David Karlsson	
<i>Sveriges kommunala kulturpolitiker.</i>	60:-
01:35 Anders Björnsson	
<i>Systemskiften - En explorativ essä.</i>	60:-
01:34 Henry Bäck, Sven Siverbo och Björn Brorström	
<i>Ny politisk organisation i Härryda och Stenungsund.</i>	60:-
01:33 Maria Palm	
<i>Maxtaxa - en studie av nytt avgiftssystem inom den kommunala barnomsorgen.</i>	60:-
01:32 Alexandra Jönsson	
<i>Den sociala dialogen i EU och jämställdheten i Europa.</i>	60:-
01:31 Björn Brorström och Pär Falkman	
<i>Kommunal redovisning – teoriutveckling.</i>	60:-
01:30 Niklas Theodorsson	
<i>Det lokals uppror - Om aktionsgrupper i den kommunala demokratin.</i>	60:-
00:29 Theresa Larsen	
<i>Kommunerna som arbetsgivare.</i>	60:-
00:28 Björn Brorström	
<i>Kommunalekonomen - några funderingar om förutsättningar, förhållningssätt och professionell utveckling.</i>	60:-
00:27 Östen Ohlsson & Björn Rombach	
<i>Organisationspyramiden och Buridans Åsna - en lagom teori.</i>	60:-
00:26 Jenny Svärd	
<i>Bestående nätverk — en studie av den sociala dimensionens betydelse.</i>	60:-
00:25 Lillemor Bergman och Virginia Leinen	
<i>Ekonomisk information i vården — en studie om styrmodellens påverkan på förhållningssättet till ekonomisk information.</i>	60:-
00:24 Rolf Solli, Peter Demediuk and Rob Sims	
<i>Chief Finance Officer in local government — Sweden vs Australia.</i>	60:-
00:23 J. Henrik Bergström	
<i>Hur ölskatterna sänktes — Om lobbning, pilsner och pluralism.</i>	60:-
99:22 Björn Brorström	
<i>Institutioner och institutionell förändring Perspektiv, teori och tillämpning på kommunal utveckling.</i>	60:-

99:21 Ylva Mühlenbock	
<i>När det lokala tar hand om det centrala Hur två kommuner omvandlar den statliga styrningen av skolan.</i>	60:-
99:20 Malgorzata Erikson	
<i>Frihet inom rollen - den politiska ledningens betydelse för en kommuns utveckling i ett längre perspektiv.</i>	60:-
99:19 Sven Siverbo	
<i>Kommuner och ekonomisk kris - en studie av kommuner som sökt extra finansiellt stöd av staten.</i>	60:-
99:18 Pär Falkman	
<i>Statlig redovisning ur två perspektiv.</i>	60:-
98:17 Anette Gustafsson, David Karlsson och Paula Rodrigo Blomqvist	
<i>Forskning att räkna med - tre kvantitativa studier om den lokala demokratin förutsättningar.</i>	60:-
98:16 Katarina Orrbeck	
<i>Finansiella rapporter och ekonomiska krav - politikernas perspektiv.</i>	60:-
98:15 Björn Brorström och Rolf Solli	
<i>Ekonomistyrning har betydelse.</i>	slut
98:14 Björn Rombach	
<i>Nöjdhetsmätningar - en kritisk granskning av attitydundersökningar i sjukvården.</i>	slut
98:13 Björn Brorström, Henry Bäck, Sven Siverbo och Annika Svensson	
<i>Ingen nämnd - Stenungsunds modell för vitalisering av kommunalpolitiken.</i>	60:-
98:12 Henry Bäck och Folke Johansson	
<i>Politisk decentralisering i skandinaviska storstäder.</i>	60:-
98:11 Sven Siverbo	
<i>Kapacitet att handla? Om politisk styrning och omprövning av verksamhet på lokal nivå.</i>	60:-
97:10 David Karlsson	
<i>Kommunerna och rättvisan.</i>	60:-
97:9 Patrik Johansson och Jonas Persson (red)	
<i>KommunAktuellt nummer 5 1997 - sju betraktelser.</i>	60:-
97:8 Björn Brorström och Bo Hallin	
<i>Varför är kommuner framgångsrika? En studie av framgångens kännetecken och orsaker.</i>	slut
97:7 Östen Ohlsson och Björn Rombach	
<i>Res pyramiderna.</i>	60:-
97:6 Hasse Ekstedt och Stellan Malmer	
<i>Ränta är priset för att vänta - En analys av den kommunala kalkylräntan.</i>	60:-
97:5 Björn Brorström, Rolf Solli och Östen Ohlsson	
<i>Minihandbok i utvärdering.</i>	slut
96:4 Anna Cregård och Patrik Johansson	
<i>89 % män - Vem skriver kurslitteraturen?</i>	60:-
96:3 Rolf Solli	
<i>Kommunalekonomen i imperfektum, presens, futurum eller i cyberspace.</i>	slut
96:2 Henry Bäck och Maritta Soininen	
<i>Invandrarna, demokratin och samhället.</i>	60:-
96:1 Björn Brorström och Björn Rombach	
<i>Kommunal förändringsobenägenhet.</i>	60:-

