



Personcentrerad vård

– en kärnkompetens
för god och säker vård

SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
DIETISTERNAS RIKSFÖRBUND

© Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas
Riksförbund

Redaktör och språklig bearbetning: Sara Bergqvist Månsson

Grafisk form: CLform, christer@clform.se

Illustrationer: Maja Modén

Tryck: DanagårdLitho, Ödeshög 2019

ISBN 917536

Innehåll

Förord.....	4
Kärnkompetenser som grund för utvecklingen.....	6
Kärnkompetensen personcentrerad vård	8
Hur vet man att vården är personcentrerad?.....	10
Mötet med Lena.....	12
En modell för personcentrerad vård	15
Kliniska rutiner för personcentrerad vård.....	20
Hur vet vi vad patienten vill?.....	24
Att leda mot personcentrerad vård	27
Kunskap och färdigheter för personcentrerad vård	29
Hur underlättar vi för framtida kollegor?	32
Författarpresentationer.....	33
Lästips	33
Referenser	33

Förord

Detta dokument om kärnkompetensen personcentrerad vård är resultatet av ett samverkansprojekt mellan Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas riksförbund.

Med utgångspunkt i svensk hälso- och sjukvård och svenska vårdutbildningar har Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet med flera tidigare beskrivit flera av de kärnkompetenser som har sitt ursprung i amerikansk vårdkontext. Målsättningen för de tidigare skrifterna och även för denna skrift är att med en konkret beskrivning visa på betydelsen av gemensamma kärnkompetenser i såväl arbete i hälso- och sjukvården som i utbildningssammanhang för alla vårdprofessioner.

Vårdens olika professioner har ett nära samarbete i det dagliga arbetet inom hälso- och sjukvården. Våra respektive professionsföreningar har också ett gott samarbete i flera frågor. Det har skapat goda förutsättningar för ett gemensamt ansvarstagande i genomförandet av detta utvecklingsarbete.

Detta dokument är en del av våra respektive organisationers kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, arbete med olika utbildningsprocesser och bidrag till samverkan mellan lärosäten och hälso- och sjukvård samt omsorg. Vi har valt just kärnkompetensen personcentrerad vård då den speglar en viktig utveckling i samarbetet mellan professioner och patienter som är nödvändig i hälso- och sjukvårdens genomförande och utveckling. För att förankra detta utvecklingsarbete i svensk vårdkontext har författarna och projektledningen genomfört en workshop tillsammans med ett 20-tal personer från Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter och Dietisternas Riksförbund som har uttalad kompetens inom personcentrerad vård.

Kärnkompetenserna som helhet omfattar stora komplexa kunskapsområden som är under ständig utveckling. Vi har medvetet valt att just lyfta fram kärnorna i kunskapsområdena med ett enkelt och lättillgängligt språk för att nå ut brett. För att åskådliggöra vad personcentrerad vård kan omfatta, innebära och hur det kan läras ut, ger vi en teoretisk grund med exempel från olika vårdssituationer. Vår målsättning är att denna skrift ska vara till nytta för alla som medverkar i hälso- och sjukvården, såväl professionella som dem som är i behov av vård och i utbildningar, såväl lärare som studenter.

Vi hoppas att dokumentet kan förmedla en känsla av att det är möjligt att ta tillvara allas kompetens för att tillsammans lära och göra hälso- och sjukvården både bättre och säkrare för alla som den berör!

Ami Hommel
ordförande
Svensk sjuksköterskeförening

Stefan Lindgren
ordförande
Svenska Läkaresällskapet 2016–2018

Susann Ask
ordförande
Dietisternas Riksförbund

Kärnkompetenser som grund för utveckling

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar med höga förväntningar från patienter och samhället på god och säker vård. Sedan lång tid tillbaka har det funnits ett starkt forskningsfokus inom hälso- och sjukvården. Stora framsteg har gjorts inom såväl den medicinska vetenskapen som omvårdnads- och rehabiliteringsvetenskapen. Tillsammans med nya högteknologiska vårdinsatser och utvecklad informationsteknologi har möjligheterna ökat att bedriva en avancerad hälso- och sjukvård.

Men det räcker inte. För att tillgodose samhällets krav och förväntningar på hög patientsäkerhet och bättre vårdkvalitet i en alltmer slimmad sjukvårdsorganisation krävs också kompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner – det vi kallar kärnkompetenser.

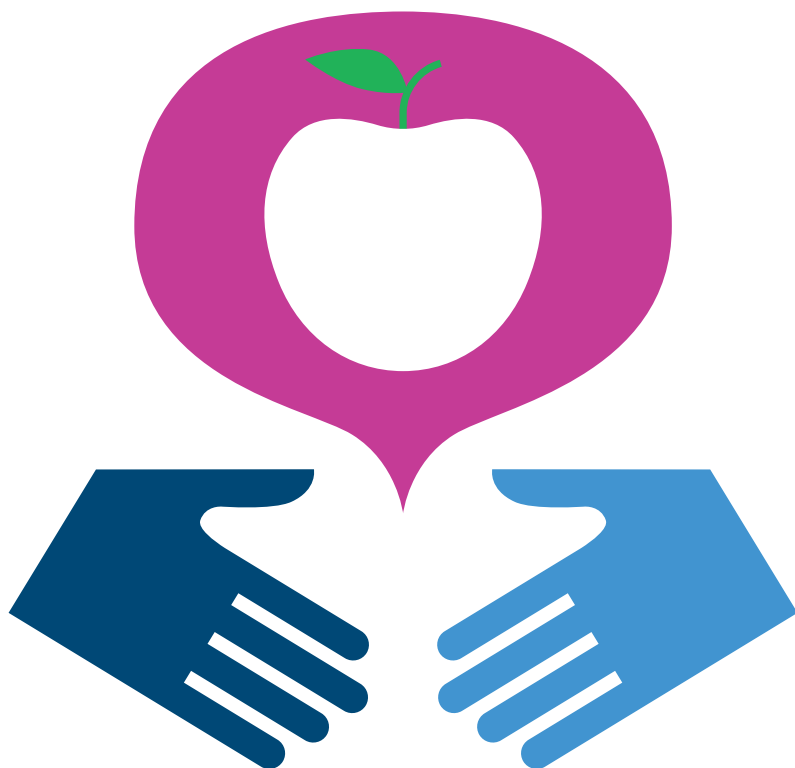
Med den här skriften vill vi lyfta fram kärnkompetensen personcentrerad vård. Denna kärnkompetens är nödvändig för att alla professioner ska kunna medverka i utvecklingen av hälso- och sjukvården som sker i klinisk vardag. Skriften ska kunna fungera som inspirations- eller undervisningsmaterial och bidra till att lärosätena rustar studenterna att vara aktiva i denna utveckling.

Med skriften bekräftar vi en medvetenhet som redan finns inom svensk hälso- och sjukvård, men som behöver utvecklas ännu mer för att vården ska bli säkrare och tryggare och bättre svara mot befolkningens behov. Vi gör det utifrån en diskussion som växer både internationellt och i Sverige. Den utgår bland annat från kartläggningsstudier i USA som gjordes i syfte att finna orsaker till återkommande avvikelser i vården.

Studierna visar att ett antal kärnkompetenser är nödvändiga för en god och säker vård och att det är kompetens som alla professioner i vården måste ha. De nämner personcentrerad vård, evidensbaserad vård, samverkan i team, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik.

På grundval av resultatet av dessa studier har Institute of Medicine of the National Academies [1] och Quality and Safety Education for Nurses [2] starkt rekommenderat att all utbildning organiseras så att dessa kärnkompetenser bildar en röd tråd med fördjupning genom hela vårdutbildningssystemet.

Utöver denna skrift om kärnkompetensen personcentrerad vård har Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet tagit fram skriften *Samverkan i team*



och förbättringskunskap samt skriften *Säker vård* i samarbete med Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Dietisternas riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund.

NU KRÄVS SAMARBETE MELLAN VÅRDUTBILDNINGARNA

Vi hoppas att denna skrift ska fungera som en gemensam kunskapsbas och inspirera till ett fortsatt utvecklingsarbete när det gäller personcentrerad vård och därmed ökad patientsäkerhet och vårdkvalitet. Det gäller både i klinisk vardag och i samarbetet mellan olika utbildningar på grundnivå och avancerad nivå.

Att ge studenter kunskap om och träning i personcentrerad vård kräver hög grad av samordning och direkt samarbete mellan olika lärosäten och utbildningsprogram. Dessutom behöver arbetet ske i kontinuerlig avstämning med de aktörer där vårdens studenter förväntas arbeta efter sin examen.

Kärnkompetensen personcentrerad vård

Varför finns det en särskild kärnkompetens som kallas personcentrerad vård? Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården har väl en genuin känsla för att patienten är huvudpersonen i mötet med vården?

Jo, det är sant, men i den kliniska vardagen kan det finnas en risk för att patienten blir reducerad till en sjukdom, ett symptom eller ett organ som inte fungerar som det ska. Patienten blir inte alltid bemött eller behandlad som en värdefull och unik person som råkar ha drabbats av en sjukdom eller ohälsa och som har rätt att vara med och påverka det som händer i vårdsituationen.

Det är istället lätt hänt att anställda i vården låter sin professionella kunskap och erfarenhet ta över. Patientens kapacitet och förmåga att själv prioritera och fatta relevanta beslut utifrån sin situation, sina förutsättningar, mål och önskningar får då inte utrymme att styra den vård som ges och de mål som finns med olika insatser.

Inom hälso- och sjukvården och bland forskare finns det just nu ett stort fokus på personcentrerad vård. Det speglar ett stort intresse hos medarbetare inom hälso- och sjukvården, ett behov hos patienterna och närstående, men också en snabbt växande kunskap om hur viktigt det personcentrerade förhållningssättet är för att fånga in en persons lidande, hitta rätt bland behandlingar och stöd och även ge en hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Personcentrerad vård är helt enkelt en förutsättning för ett lyckat resultat i mötet med vården – en kärnkompetens som all personal inom vården behöver ha.

PERSONCENTRERAD VÅRD I KORTHET

Det mest centrala i kärnkompetensen personcentrerad vård är partnerskapet mellan hälso- och sjukvårdens professioner och den person som är i behov av insatser.

En förutsättning för att personen ska ha inflytande på riktigt är den egna berättelsen, det vill säga personens egna upplevelser av sin vardag och sin situation. Den berättelsen skapas i dialog med professionerna i hälso- och sjukvården.

Personcentrerad vård innebär dessutom att hälso- och sjukvårdspersonalen sätter personen som har behov av vård i centrum framför sjukdom, symptom eller tecken på ohälsa, att man ser personen som en beslutskapabel, värdefull och jämbördig samarbetspartner i planering, utförande och uppföljningar av vård och omsorg.

Det förutsätter i sin tur att samtliga i vårdteamet har en öppenhet och vilja att lyssna på personens egen berättelse och mål för sin nuvarande situation.

Det innebär att personens egen berättelse och beskrivning av sina behov ges

lika stor betydelse i planering och genomförande av vården som de professionellas bedömningar.

Avgörande för ett personcentrerat förhållningssätt är även dokumentationen som ska innehålla en helhetsbild av personens hälsotillstånd och hur hen är delaktig i planerade och genomförda insatser.

Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver göra det möjligt för personen att leva det liv hen vill leva, trots eventuella sjukdomar, symptom och upplevelser av ohälsa. Det gäller till exempel att kunna odla intressen, ha möjlighet att genomföra det som känns viktigt, delta i meningsfulla gemenskaper, bidra med kunskap och arbete enligt förmåga och intresse, och självklart också att lära sig nya saker.

För att klara det är det viktigt att alla professioner i vården har en god kunskap om personen och hens värderingar, behov, synsätt, intressen, vanor och prioriteringar. Det behövs dessutom god kunskap om personens egen kapacitet och förmåga i olika sammanhang, målsättningar och prioriteringar, värderingar och nätverk, för att tillsammans kunna skapa en personcentrerad vård.

Vad personcentrerad vård mer konkret kan innebära för hälso- och sjukvårdens olika professioner varierar beroende på vårdform (t ex akutvård, planerad vård, rehabiliteringsvård, hemsjukvård och äldrevård) och även beroende på vårdkontexten. Får personen vård i ambulansen, i helikoptern, i sjukhusmiljöer, i hemmet eller andra former av boendemiljöer?

VIPS-MODELLEN FÖR PERSONCENTRERAD VÅRD

En av de tidiga ledarna inom personcentrerad vård, Dawn Brooker, har beskrivit i sin VIPS-modell [3] att en personcentrerad vård bygger på att vården med sin organisation och sitt ledarskap:

- värdesätter både patienter och personal,
- individualiserar vårdens samtliga dimensioner,
- värdesätter patienternas och deras närståendes subjektiva och personliga perspektiv.

Dessutom behöver den sociala miljön karakteriseras av goda möten, meningsfulla aktiviteter och bekräftande interaktioner [3].

I VIPS-modellen görs ingen skillnad på patient/hälso- och sjukvårdspersonal, ledare/anställd, forskare/praktiker. Brooker lyfter istället fram vikten av att samtliga involverades subjektivitet, erfarenheter och perspektiv inkluderas och värdesätts för att kunna skapa och upprätthålla en personcentrerad vård.

Modellen belyser särskilt detta: för att kunna förstå, respektera och värdera andras erfarenheter, perspektiv, mål och prioriteringar, behöver jag själv också känna mig hörd, förstådd, respekterad och värderad. Med andra ord så bygger en personcentrerad vård på ett personcentrerat klimat där det finns en vilja och öppenhet för diskussioner, perspektiv och tolkningar, samt en vilja att kritiskt granska sin praxis och en vilja att åstadkomma förändring och förbättring.

Hur vet man att vården är personcentrerad?

Det har med åren vuxit fram olika sätt att mäta och värdera personcentrerad vård, men självklart måste utgångspunkten vara att man vet vad det är man ska mäta och utvärdera, att det finns en gemensam definition av personcentrerad vård.

I mitten av 2000-talet började begreppet personcentrerad vård synas i vårdlitteraturen. Sedan dess har begreppsbeskrivningar, explorativa studier, kliniska exempel och evidensunderlaget ökat, och fortsätter att öka i snabb takt med ett stort och växande antal publikationer om begrepp, modeller, exempel och studier.

Det finns också studier om personcentrerad vård som filosofi, modell och praktik, modellens förekomst och samvarierande faktorer, men även interventionsstudier som beskriver effekter av förändringar som syftar till att göra olika dimensioner av vården mer personcentrerad.

En utmaning är att kunna summera kunskapsläget från publicerade studier när forskarna ofta utgår från olika definitioner av vad de menar med personcentrerad vård.

Ett annat problem i forskningen är att graden eller upplevelsen av personcentrerad vård sällan mäts genom skattningar, observationer, intervjuer eller dylikt, utan snarare behandlas mer som en form av kvalitetsmärkning av interventionen [4].

Det innebär att många befintliga studier har svårt att presentera evidens för i vilken utsträckning vården faktiskt har blivit mer personcentrerad efter genomförda förändringar.

Trots detta kan man dra slutsatsen att studierna ger vetenskapligt stöd för att olika former av personcentrerad vård kan bidra till ökat generellt välbefinnande [5], ökat deltagande i meningsfulla aktiviteter och interaktioner [5], samt mindre förekomst av oro och neuropsykiatriska symtom för äldre personer inom äldre- och demensvård [6].

Det finns också stöd i forskningen för att en personcentrerad vård kan medföra att närstående känner mer tillfredsställelse med den vård som ges [7], och att personal beskriver en minskad arbetsrelaterad stress och ökad arbetstillfredsställelse [8], samt mindre samvetsstress [9].

Det finns även stöd i litteraturen för att en systematiskt personcentrerad vård kan minska trötthet och öka fysisk förmåga för personer med reumatiska sjukdomar [10], att en personcentrerad vård kan bidra till lägre vårdkostnader och kortare vård-

tider för personer med kronisk hjärtsvikt [11], förbättrad metabolisk kontroll för personer med diabetes typ 2 [12], en lägre grad av ångest och depression för personer med psykisk ohälsa [13] men också kortare vårdtider i samband med höftledsoperationer [4].

SKATTNINGSSKALORNAS ROLL

Det finns ett antal evidensbaserade skattningsskalor för utvärdering av i vilken grad olika verksamheter upplevs ge en personcentrerad vård (för översikter se exempelvis [14–16]).

Majoriteten av de existerande skattningsskalorna bygger på självskattade upplevelser av personcentrerad vård. Det är dels en styrka eftersom det visar den personliga upplevelsen, dels en svaghet i termer av att de inte fångar mer strukturella aspekter av personcentrerad vård.

BEHOVET AV NY FORSKNING

Slutsatsen blir att vetenskaplig evidens finns och ökar stödet för en personcentrerad vård inom ett antal kliniska specialiteter, medicinska diagnoser och upplevelser av ohälsa. Men mycket återstår för forskarna att göra.

Fortfarande behövs mer kunskap om hur man åstadkommer förändringsstrategier som är effektiva för att utveckla en personcentrerad vård, och hur man kan mäta både effekt och betydelse av en personcentrerad vård ur olika perspektiv och på olika organisatoriska nivåer.



Mötet med Lena

Lena, 32, har blivit remitterad till dietisten från läkaren på vårdcentralen på grund av förhöjt blodtryck och blodfetter i gränsområdet. I remissen står att Lena jobbar deltid på grund av långvarig sjukskrivning som hon har börjat komma tillbaka från. Lena har ett stillasittande arbete och lider i perioder av depression och tröstäter, vilket har bidragit till en ofrivillig viktuppgång. På remissen efterfrågas översyn av kosten och kostråd.

Lena kommer till dietisten någon månad efter läkarbesöket. Hon berättar att hon på eget initiativ börjat med LCHF-dieten (low carb high fat) för att gå ner i vikt. Lena vill fortsätta med LCHF-kosten och önskar råd av dietisten.

Dietisten: Vill du berätta mer om hur det kommer sig att du valde att börja med LCHF?

Lena: Jag har läst om LCHF i tidningar och på nätet och tyckte att det verkade vara en bra diet. Jag känner många som provat dieten och det har fungerat för dem. Jag har köpt en kokbok med bra recept som är lätta och goda.

D: Vad bra att du är nöjd. Hur tror du att den kosten du äter nu kommer att påverka din hälsa?

L: Jag märker att jag redan mår bättre. Jag har inte varit tillbaka hos doktorn, så jag vet ju inget om blodtrycket och blodfetterna, men jag har minskat några kilo i vikt och känner mig piggare.

D: Så din upplevelse är att du mår bättre av den nya kosten. Har du ändrat på något annat, till exempel rört på dig mera?

L: Nej, jag har haft fullt upp med allt detta nya med maten, att ställa om, byta ut i skafferiet och göra matlådor.

D: Berättade läkaren något om fördelarna med att röra på sig – för vikten, blodtrycket och blodfetterna?

L: Nja, det minns jag inte. Men det känner man ju till, så det är ju bara att sätta igång!

D: Så bra. Får jag fråga om du har du någon plan?

L: Inte direkt, har inte tänkt på det än ...

D: Kosten är viktig för att du ska må bra, men även fysisk aktivitet kan ha många positiva effekter på hälsan, och kan förbättra både blodtryck och blodfetter. Om du vill så kan vi prata lite om det, hur du kan få in mera rörelse i vardagen.

L: Ja, det är nog bra, att bestämma lite mer ordentligt vad jag ska hitta på.

D: Ja, det låter bra att du planerar att röra på dig mer, och vi ska återkomma till det, men vad tänker du om LCHF-kostens för- och nackdelar för din hälsa?

L: Jag känner att jag mår bra av det. Vad menar du?

D: På sikt kan LCHF innebära vissa risker, men det beror på hur kosten är sammansatt. De långsiktiga effekterna av våra levnadsvanor, som vad vi äter och hur mycket vi rör på oss, kan påverka vår hälsa på både kort och lång sikt. Hur kan en vanlig dag se ut, vad gäller mat och motion?

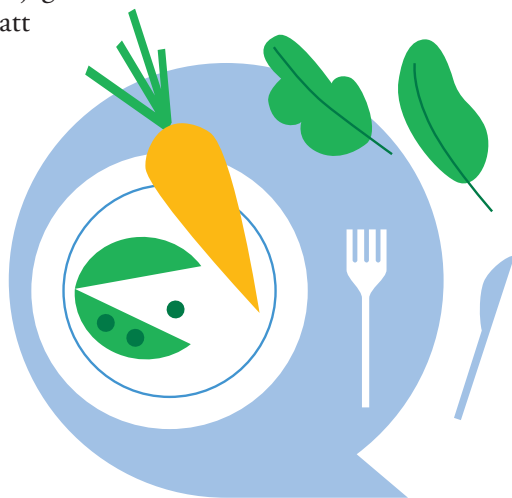
Lena redogör för hur hon äter och det framkommer att kosten har mindre hälsosamma inslag och att det inte blir så mycket fysisk aktivitet.

L: Jag borde nog promenera lite mer. Gym och sådant är inget för mig. Jag är också orolig för att jag ska börja äta sådant jag inte borde.

D: Hur skulle du vilja fortsätta göra med din kost?

L: Du är ju experten, jag vill gärna veta om jag får i mig det jag behöver. Det känns också som att jag skulle behöva hjälp med att göra förändringar som att börja träna.

Dietisten redogör för både för- och nackdelar med den kost Lena valt, och uppmuntrar de positiva förändringarna som redan gjorts. Förslag på hur kosten kan bli mer hälsosam diskuteras och en kostplan görs i samråd med Lena. Dietisten föreslår även ett samarbete med vårdcentralens beteendeterapeut och sjukgymnast, för att tillsammans upprätta en långsiktig hälsoplan med mål och delmål som Lena är med om att ta fram. Uppföljning och utvärdering av hälsoplanen planeras tillsammans med Lena.



MÖTETS BETYDELSE

Exemplet med Lena sätter patientberättelsen i centrum, delvis för att kompensera den bristfälliga information som verkar finnas tillgänglig i existerande dokumentation, om Lena som person och hennes tillvaro, men också för att djupare förstå Lenas bevekelsegrunder, kunskap, förståelser och resonemang om hennes situation och konsekvenserna av hennes val.

Dietisten frågar Lena hur hon tror att maten påverkar hennes hälsa, vilken information hon fått från andra vårdgivare och hennes kunskaper om situationen och eventuella tankar när det gäller planeringen framåt.

Genom att återkommande tydliggöra ”om du vill” så bekräftar dietisten Lenas självbestämmande och beslutskapacitet, samtidigt som dietisten föreslår en professionellt strukturerad och evidensbaserad väg framåt med en planering inklusive mål och delmål, och att Lena bör driva denna utveckling.

Mötet mellan Lena och dietisten beskriver också den viktiga samverkan i teamet runt Lena och hur olika professioner på olika sätt bidrar till att hon får hjälp på ett sätt som stärker hennes hälsa. Dietisten betonar i samtalet att vårdteamet med sina olika kompetenser finns tillgängligt för att stödja Lenas väg framåt. Dietisten använder sig återkommande av positiv bekräftelse, genom uppmuntrande och bekräftande uttryck.

Utifrån en mer personcentrerad tolkning av mötet skulle man kunna efterfråga en ännu mer interaktiv dialog mellan dietisten och Lena, genom att dietisten frågar vad hälsa innebär för Lena, vad som hindrar och vad som gynnar hennes strävan mot ökad hälsa och hur hennes livssituation ser ut i termer av relationer, miljöer, vanor och attityder. Hur vill Lena själv att vården ska stödja och hjälpa henne i detta?

Texten som beskriver mötet är traditionell, i betydelsen korta meningar, journalliknande. Vi vet också lite om den miljö i vilken samtalet ägde rum, exempelvis i vilken utsträckning miljön öppnar upp för ett maktutjämnande samtal, inbjuder till relationsbyggande, välkomnar och främjar patientberättelsen och stödjer en personcentrerad vård. Det är också ett viktigt perspektiv i en vård som är personcentrerad.

Motiverande samtal

Beskrivningen av Lenas möte med dietisten visar tydligt hur dietisten följer Lenas egen berättelse om sitt liv och sina satsningar på att äta och må bättre, på ett mycket lyhört sätt. Trådarna till metoden motiverande samtal (MI) är också tydliga. Motiverande samtal är ett sätt att stärka personer som vill åstadkomma förändring i sina liv. Utifrån den egna viljan och drivkraften får man stöd att ta nya steg.

MI ligger nära tankarna om personcentrerad vård och betonar mötets betydelse.

Man brukar tala om fem färdigheter hos den som leder MI och de är också viktiga i den personcentrerade vården. Det är att bekräfta den person som deltar i samtalet, att ställa öppna frågor, lyssna reflekterat och kommentera de delar som stärker en förändring.

Dessutom ska samtalsledaren sammanfatta det som sägs som sista steg och be om lov att ge upplysning och råd som kan leda vidare. Det handlar väldigt mycket om att lyssna och utforska det personen själv vill. Man ska inte ha rollen av en expert som argumenterar för den lösning man själv tycker är bäst.

Mötet mellan Lena och dietisten beskriver också den viktiga samverkan i teamet runt Lena och hur olika professioner på olika sätt bidrar till att hon får hjälp på ett sätt som stärker hennes hälsa.

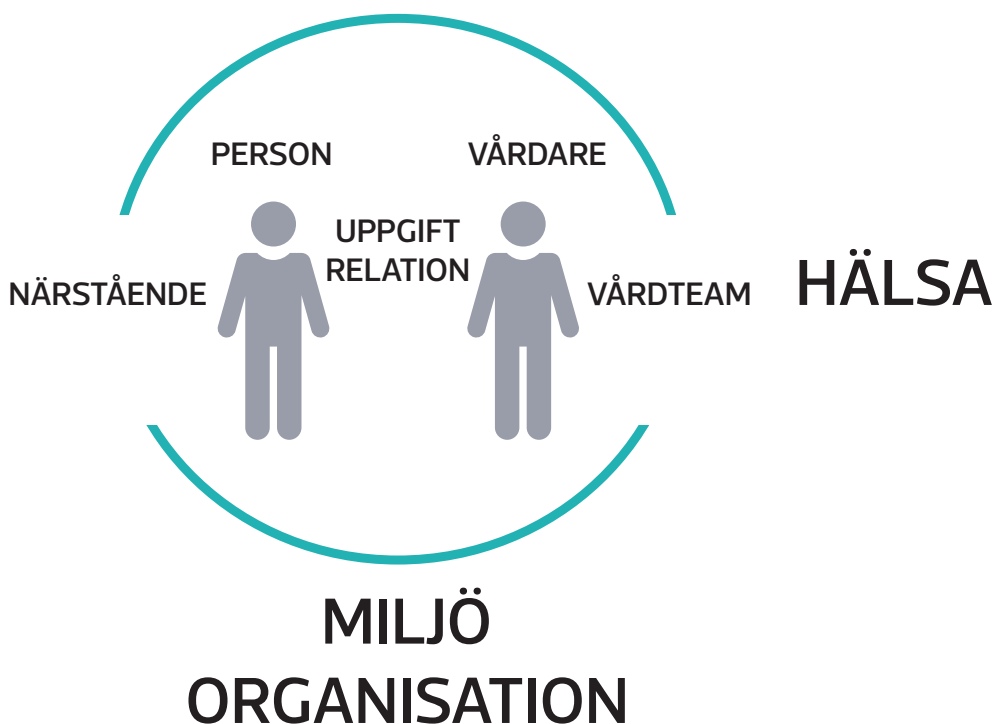
En modell för personcentrerad vård

Hur kan då hälso- och sjukvården lägga upp ett personcentrerat arbetssätt?

Forskare vid institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet har utvecklat en vårdmodell som kan användas för att beskriva de komponenter som ingår i ett personcentrerat arbetssätt. Det är en av flera modeller för personcentrerad vård och den beskriver vad medarbetare inom hälso- och sjukvården behöver reflektera över när man skapar och upprätthåller en personcentrerad vård.

Kortfattat kan man säga att modellen beskriver kärnan i det vårdande arbetet (mötet), målet för behandlingen/vårdande arbetet (hälsa), samt viktiga omgivande faktorer som kommer att påverka de andra dimensionerna i modellen.

ETIK & VÅRDFILOSOFI



DET VÅRDANDE MÖTET

Enligt Umeå-modellen är kärnan i behandlingen/det vårdande arbetet själva mötet mellan personen i behov av vård, närstående, behandlare och vårdare samt vårdteamet. Personen i behov av vård och närstående har å ena sidan en mängd uttalade eller outtalade behov, förmågor, kapaciteter, förväntningar, tolkningar och målsättningar. Vårdteamet har å andra sidan en mängd kunskaper, kompetenser, förmågor och målsättningar för det vårdande mötet. Allt detta ligger till grund för och kommer att färga mötet.

Modellen beskriver vidare att vårdmötet har två dimensioner: en uppgift som ska genomföras och en relation som ska etableras och utvecklas och inom vilken uppgifterna ska genomföras.

Vårduppgifterna som ska genomföras kan vara väldigt olika till sin karaktär, till exempel att avbryta ett hjärtstopp, att lägga om ett bensår, att bistå med personlig hygien, att ge en injektion eller att främja trivsel.

Vårduppgifterna sker alltid inom ramen för en eller flera relationer eftersom vi är människor som interagerar med varandra. Relationer kan också ha olika karaktär.

Kvaliteten på uppgifterna beror och bedöms ofta på om de genomförs utifrån bästa tillgängliga evidens. Kvaliteten på relationen utvärderas istället utifrån personens egna förväntningar om hur man vill och önskar bli bemött.

Inte sällan så handlar kritik mot sjukvården från vårdberoende personer om relationsdimensionen, att patienter och/eller deras närstående inte tycker att de har erbjudits en sådan relation eller ett sådant bemötande som de hade förväntat sig och hoppats på. En annan viktig dimension i kritiken handlar om bristande integritet i kontakterna med vården.

När man skapar och upprätthåller en personcentrerad vård är det därför viktigt att både ta hänsyn till och balansera båda dimensionerna, att genomföra uppgifter på ett säkert och evidensbaserat sätt och att göra det inom ramen för en respektfull, förtroendefull och hälsofrämjande relation mellan vårdteamet och personen i behov av vård och hans närstående.

MÅLET FÖR DET VÅRDANDE ARBETET

Vårdmodellen för personcentrerad vård från institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet beskriver vidare att målet för det vårdande arbetet är att befrämja hälsa. Vad hälsa är kan naturligtvis variera från person till person men också från tid till annan för en och samma person. Det innebär att vården ska bygga på en gemensam förståelse för vad hälsa är – både för den som söker vård och för den som ger vård.

Utän en gemensam förståelse av målet för vården, så saknas både karta och kompass för det vårdande arbetet och risken blir stor att man inte strävar åt samma håll.

Föreställ dig följande scenario: Elin, 55 år, har drabbats av en sannolikt obotlig och långsamt dödlig cancersjukdom mitt i livet, som hon lever personligt njutbart med hjälp av alkohol, nikotin, omväxlande relationer och ett stort risktagande.

Läkarens definition av hälsa i denna situation är att eliminera sjukdom. Sjuksköterskans definition av hälsa är att leva så vilsamt som möjligt med sjukdom. Fysioterapeutens definition av hälsa är att leva så fysiskt aktivt som möjligt med sjukdomen. Arbetsterapeutens definition är att leva så meningsfullt som möjligt med sjukdomen. Dietistens syn på hälsa är att vara så välnutrierad som möjligt och att maten ska bidra till god livskvalité. För Elin själv innebär hälsa att leva så objektivt ohälsosamt men subjektivt njutningsfullt som möjligt genom att inte acceptera sjukdomen eller dess behandlingsstrategier.

Med så olika bilder av vad hälsa innebär kommer det att bli svårt att skapa och upprätthålla en personcentrerad vård. Målet för det vårdande arbetet behöver därför tydliggöras. Vad betyder hälsa för Elin och hennes närstående? Vad betyder det för vårdteamets olika perspektiv?

Sjuksköterskan och omvårdningsforskaren Ania Willman har i sin forskning beskrivit att hälsa är att leva, det vill säga att hälsa inte enbart är frånvaro av sjukdom, eller ens behöver betyda friskhet i någon objektiv bemärkelse. Istället kan hälsa definieras och omdefinieras utifrån bland annat personens livssituation, relationer, erfarenheter, drömmar och målsättningar. En personcentrerad vård bygger på att alla dessa perspektiv har tydliggjorts och diskuterats.



ETIK OCH VÅRDFILOSOFI

Personcentrerad vård är inte alltid enkelt, det visar inte minst exemplet med Elin. Därför är det viktigt att medarbetare i hälso- och sjukvården vilar stadigt på och vågar diskutera etik och olika sätt att se på vårdfilosofi och att teamen har en gemensam förståelse för vad som är gott och rätt att göra i relation till patientens egen etik och filosofi. Detta är mycket viktigt för att kunna fatta personcentrerade beslut och utforma personcentrerade vårdprocesser.

Etik handlar om vad som är rätt och gott i olika situationer, och vårdfilosofi handlar om vad som kännetecknar den goda vården i olika situationer och sammanhang för att kunna nå de mål för vården som teamet och personen i behov av vård är överens om.

För att kunna skapa och upprätthålla en personcentrerad vård så behöver vi bli medvetna om vår egen etik och vårdfilosofi och i vilken utsträckning den samman-

faller med eller avviker från övriga i vårdteamet och även i relation till personen i behov av vård och hens närstående.

Vad är då vårdfilosofi? En variant av vårdfilosofi beskrivs i en studie från en rehabiliteringsavdelning i Västerbotten. Omvårdnadspersonalen beskrev sin syn på en god vård på avdelningen genom metaforen ”ett vilohem”, där de menade att innebörden med vården var att få komma till avdelningen för att vila upp sig och komma i form igen.

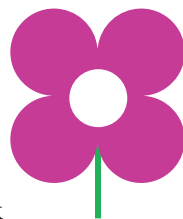
På samma avdelning beskrev rehabiliteringspersonalen sin syn på god vård genom metaforen ”ett träningsläger”, där de menade att innebörden i vården var att så snabbt och intensivt som möjligt få träna upp sig igen.

Dessa två – direkt motsatta – vårdfilosofier existerade outtalat på en och samma avdelning, och ledde till upprepade konflikter, motstridiga budskap och fundamentalt olika interventioner från vårdteamets sida.

Personerna som vårdades på avdelningen förvånades och förvirrades av olikheterna i vårdens genomförande. Personalens olika syn hade i olika utsträckning kalibrerats med patienternas egen vårdfilosofi och förväntningar på vårdens riktning och innehåll. Det var inte alltid man hade tagit hänsyn till patienternas mål med vården och deras filosofi om hur man bäst skulle nå målen. Därför kunde teamets agerande mer eller mindre harmoniera med eller komma i konflikt med patienternas mål. Och då har vi inte arbetat personcentrerat.

MILJÖ

Miljön är också viktig för hur personcentrerad vården kommer att bli. Man kan säga att vårdmiljön har två dimensioner, den fysiska miljön och den atmosfär eller det klimat som uppstår i samspelet mellan den fysiska miljön, hur personer agerar och sköter sina arbetsuppgifter i miljön, samt den vårdfilosofi och etik som finns.



Den fysiska miljön ger förutsättningar och begränsningar för möten mellan människor. Det kan i sin tur skapa möjligheter för en personcentrerad vård genom till exempel inbjudande mötesplatser, en balans mellan närhet och distans, samvaro och enskildhet, vila och aktivitet samt professionalitet.

Den fysiska miljön kan också skapa begränsningar för en personcentrerad vård. Det kan handla om att det inte finns rum för vårdens möten eller att lokalerna innehåller obekanta och hotfullt påträngande ljud, ljus, lukter och föremål.

Florence Nightingale beskrev redan under Krimkriget i mitten av 1800-talet hur hälso- och sjukvårdens uppgift var att skapa en miljö som främjade människans eget helande och läkande krafter, exempelvis genom renlighet, avskildhet, lugn och harmoni.

En mängd forskning inom medicin, psykologi, beteendevetenskap, arkitektur, vård- och hälsovetenskap har sedan dess bekräftat miljöns generella betydelse för

tillfrisknande och hälsa, men också hur miljön kan användas för att skapa personcentrerade interventioner för att främja hemmastaddhet, delaktighet, aktivitet, orienteringsförmåga, funktionsförmåga, känsla av sammanhang och tillfrisknande.

Miljön kan helt enkelt understödja personcentrerad vård och den vårdfilosofi, de möten och de mål för vården som tydliggjorts i partnerskap mellan personen i behov av vård, närstående och vårdteamet.

ORGANISATION

Personcentrerad vård påverkas av vårdens organisation. Ett flertal studier beskriver hur höggradigt specialiserade medicinska organisationsmodeller, där patienter skickas till olika platser och personer för undersökningar, utredningar, behandlingar och uppföljningar kan skapa hinder för en personcentrerad vård.

För den enskilde är det lätt att känna maktlöshet, förvirring och ensamhet i en vård som organiseras så.

Organisationsmodeller som istället utgår ifrån patientens behov, förutsättningar och mål i större utsträckning än traditionellt existerande medicinska specialiteter och rutiner kan tvärtom bidra till ökade förutsättningar för att skapa och upprätthålla en vård med personen i centrum. Då kan man också slippa uppenbara brister till följd av bristande kontinuitet och många möten med personal som inte är insatt i patientens situation och önskemål.

Ett exempel på organisationsmodeller som utgår från patientens behov är olika former av case-management och hur organisationer kan skapa förutsättningar för en mer personcentrerad vård. Det sker bland annat genom att skapa former för en holistisk planering, prioritering, genomförande och uppföljning av vårdprocesser inom och mellan sjukvårdshuvudmän.

Det är viktigt att komma ihåg att organisation av vården inte bara sker på makronivå, det vill säga vårdmodeller inom och mellan sjukvårdshuvudmän, utan även på mikronivå, det vill säga hur man organiserar vårdteam, vårdprocesser och rollfördelningar i den omedelbara vårdmiljö där patienten befinner sig.

Inom äldreomsorg och äldreomsorg kännetecknas till exempel personcentrerade organisationer av flexibilitet snarare än rutinstyrt arbete, och i de fall där rutiner förekommer så utgår de från den enskildes behov och rutiner för grundläggande behov, meningsfullhet och en balans mellan aktiviteter och vila.

Personalscheman och arbetsrutiner som utgår från de behov och förutsättningar som patienten har och önskar är ett konkret exempel. Ett annat sätt är att formera vårdteam inte enbart utifrån professionell kompetens utan även utifrån vem som har en god relation till den person som vårdas. Man kan också leda och organisera arbetet så att professionerna och specialisterna kommer till personen och inte tvärtom, så långt det är praktiskt genomförbart.

Även palliativ vård har ett tydligt personcentrerat förhållningssätt, där vården organiseras utifrån patientens behov, istället för att patienten slussas till olika specialister.

Kliniska rutiner för personcentrerad vård

Vid Centrum för Personcentrerad vård, Göteborgs universitet, har forskargruppen utvecklat och beskrivit tre kliniska rutiner för att ta initiativ till, integrera och bibehålla en personcentrerad vård i den kliniska vardagen.

”En utmaning är att personal ofta beskriver att personcentrerad vård redan är en självklar del av deras pågående praxis, trots att det saknas beskrivning av hur det genomförs systematiskt och konsekvent i arbetet.”

En utmaning är att personal ofta beskriver att personcentrerad vård redan är en självklar del av deras pågående praxis, trots att det saknas beskrivning av hur det genomförs systematiskt och konsekvent i arbetet.

En annan utmaning är att fundera över om det är någon skillnad mellan personcentrerad och patientcentrerad vård. Ibland likställs begreppen personcentrerad och patientcentrerad. Enligt vår uppfattning reducerar begreppet ”patientcentrerad vård” personen till att

bli en patient bland många, och genom detta begrepp bekräftas att rollen över-skuggar personen. Som person kan man anta många roller: far, son, fotbollsspelare, forskare och så vidare, men som patient har man främst en roll, att tålmodigt och passivt (patiently) underkasta sig ett reduktionistiskt perspektiv med fokus på att identifiera ”felet” och därefter vidta behandling utifrån bästa tillgängliga medicinska kunskap.

Det har argumenterats att begreppet ”person” är viktigt och inte kan ersättas av begreppet patient, för att upprätthålla det etiska kravet att göra gott. Om människor reduceras från att vara personer till att bli roller, från att vara subjekt till att vara objekt, så minskar det etiska kravet på personalen att etablera goda relationer, uppmuntra fria val och självbestämmande, samt att främja ett gott liv som det definieras av just denna person, just nu.

Om vi reducerar människor till roller, personer till patienter, så minskar det etiska kravet att göra gott, och vi ger större utrymme till att ge en vård som är mekanisk, teknisk och uppgiftsorienterad och oftare rättfärdigad utifrån tillgänglig evidens och mindre ofta utifrån den enskildes önskemål. Oftast, men inte alltid, är önskemålen sammanfallande.

Det finns en liten, men betydelsefull, skillnad som användandet av dessa begrepp utgör i synen på mötet med personen som är i behov av vård. Genom att synliggöra

personen (personcentrering) så bekräftas att denna människa är en likvärdig, valid och reliabel, beslutskompetent och aktiv partner i vård, omvårdnad och rehabilitering trots att den just nu har en sjukdom eller något annat besvär. Genom att endast synliggöra rollen som patient (patientcentrerad) så har vi genast gjort skillnad på oss och dem, anlagt ett maktperspektiv, identifierat personen som sjuk även om hon eller han kanske inte känner sig sjuk, och även fastställt att denna roll överstiger alla de andra roller som personen kanske hellre identifierar sig med utan att diskutera detta med personen.

Patientcentrerad vård kan möjligen ses som ett begrepp som är användbart för professioner där det är hjälpsamt och centralt att reducera helheter till delar, människor till symptom, organ eller molekyler. Begreppet kanske också kan användas för att beskriva människor i en viss specifik kontext som sjukhus, men det finns en värdereducering i användningen av begreppet patient som kan vara problematisk oavsett vilken profession man utgår ifrån. En mer positiv tolkning av begreppet patientcentrerad är att när vården strävar efter att vara patientcentrerad så finns en medveten önskan om att se mer av patienten än bara det/de organ som sviktat. Utifrån en sådan tolkning närmar sig innebörden av begreppen varandra men det finns fortfarande en grundläggande skillnad.

Det är också lätt hänt att personal under tidspress prioriterar vårdrutiner och förhållningssätt, och därigenom frångår en personcentrerad vård till förmån för en mer sjukdomscentrerad vård.

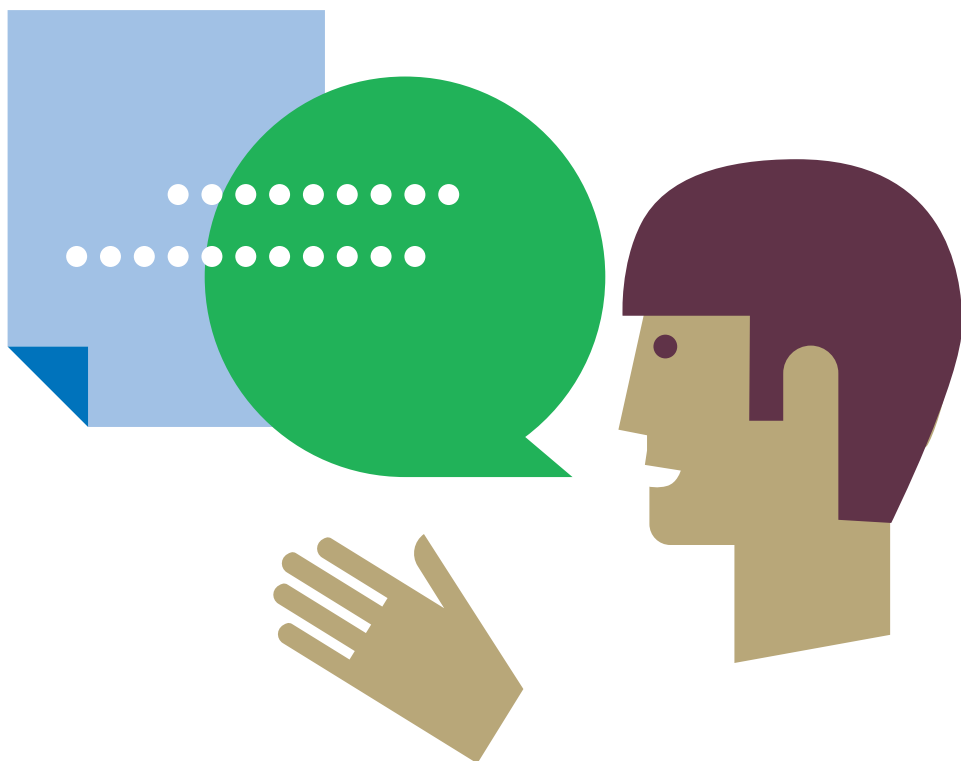
Den tredje generella utmaningen är att personcentrerade interaktioner och information inte vanligtvis dokumenteras systematiskt i existerande vårddokumentation. Det leder till att personalen saknar etablerad och överförbar information om patienters prioriteringar, mål, önskningar och preferenser.

Följande tre kliniska rutiner beskrivs av Ekman [17] och kan användas för att etablera och bibehålla en personcentrerad vård i partnerskap mellan vårdteamet och personen i behov av vård och närstående.

1. ATT INITIERA ETT PARTNERSKAP GENOM PATIENTBERÄTTELSEN

Den första rutinen är att initiera ett partnerskap med den vårdsökande personen genom att fånga upp hans patientberättelse. Det innebär att vårdpersonalen etablerar rutiner för att lyssna in och förstå personens egen syn på och tolkningar av sin ohälsa. Det handlar om att fånga upp beskrivningar av symptom och andra tecken på ohälsa, lidande och hur det påverkar personens livssituation.

Stig, en äldre man i åttioårsåldern skrivs in på en geriatrisk avdelning efter att ha varit ett dygn på en medicinsk akutavdelning för observation i samband med att han drabbades av TIA-attacker, det vill säga mindre blodproppar i hjärnan. I ankomstsamtalet med sjuksköterskan på den geriatriska avdelningen framkommer det att besvären från TIA-attacken har klingat av.



I Stigs berättelse om hur han har haft det på senare år visar det sig att han har haft stora svårigheter att äta med en ofrivillig viktninskning på drygt tio kg de senaste tio åren. Detta bekymrar honom mycket mer än något annat.

Stigs äktenskap har också lidit av denna situation då hustrun upplever att hon inte kan erbjuda Stig den mat som hon brukar laga då han inte klarar att svälja den utan mest äter fil och lite smörgås. Tillsammans med sjuksköterskan kommer Stig överens om att det behövs kontakt med en logoped och en kirurg för att utreda vad som verkar vara sammanväxningar i matstrupen och som borde kunna åtgärdas med en operation.

Stig känner en stor lättnad över ett samtal som gav tid och utrymme för honom att få prata om det som varit hans problem under så lång tid.

Att inbjuda patienten och närstående att dela med sig av sin berättelse om den aktuella ohälsan och hur den inverkar på vardagslivet kan innebära att fokus skiftar från sjukdomen i sig och eventuell behandling, till personens egen förståelse av ohälsa och hur det påverkar vardagslivet på olika sätt. I en patientberättelse kan man också fånga upp personens egen kapacitet, resurser och mål. Berättelsen skapar en gemensam förståelse och en väg framåt i ett partnerskap för att nå hälsa.

Att komplettera information om fakta med information om personen och hans eller hennes tolkningar öppnar också upp för att etablera en relation, vilket är så centralt för personcentrerad vård.

2. ATT ETABLERA PARTNERSKAPET GENOM GEMENSAMT BESLUTFATTANDE

En andra rutin för att etablera partnerskapet är att använda den information, förståelse och de tolkningar som kommit fram i patientberättelsen som underlag för att skapa en gemensam förståelse för den fortsatta vården. Det gäller både planering av vårdens innehåll och processer.

Genom att man identifierar och diskuterar möjliga mål för behandling och hantering av sjukdomen och reflekterar över fördelar och nackdelar, risker och konsekvenser, evidens och erfarenhet kring olika mål och strategier så bygger man vidare på och etablerar partnerskapet med patienten.

Till slut kan man komma fram till gemensamma mål och gemensamma beslut om hur målen kan nås.

3. ATT BIBEHÅLLA PARTNERSKAPET GENOM DOKUMENTATION

En tredje viktig rutin är att dokumentera patientens förståelse, tolkningar, prioriteringar, mål och värderingar och i vilken utsträckning personen själv är delaktig och involverad i vård- och behandlingsprocesser och beslut.

Genom en noggrann dokumentation av patientberättelsen och patientens medverkan i vården, så legitimeras den information som rör patienters perspektiv. Dokumentationen underlättar kontakten mellan vårdteamet och patient/närstående och överförbarheten av information mellan vårdgivare. Dokumentationen bidrar också till ökad kontinuitet mellan vårdgivare och en fortsatt gemensam förståelse av mål och medel för att uppnå hälsa.

Dokumentationen som är mer personlig och subjektiv bör få samma vikt som klinisk information och dokumentation av kliniska undersökningsfynd, laboratorievariabler och biomedicinska behandlingsplaner för att skapa och upprätthålla en personcentrerad vård.

Denna typ av dokumentation används på fler och fler håll inom hälso- och sjukvården, där man har fattat beslut om att arbeta personcentrerat.

Hur vet vi vad patienten vill?

Svaret kan verka enkelt. Om man vill veta vad personen som söker vård vill så måste man fråga – och lyssna på svaret. Men i det kliniska mötet är det inte alltid så enkelt och vi måste fråga oss hur vi kan lyssna och förstå bättre. Att lyssna är ingen garanti för att vi verkligen förstår [18].

Att fråga, lyssna och vilja förstå gäller inte bara i relation till personen som söker vård. I den personcentrerade vården är det också viktigt att alla professioner i teamet kan samverka, respektera och förstå varandra.

”Att fråga, lyssna och vilja förstå gäller inte bara i relation till personen som söker vård. I den personcentrerade vården är det också viktigt att alla professioner i teamet kan samverka, respektera och förstå varandra.”

Varje yrke har sitt eget yrkesspråk och sin egen yrkesförståelse. Är man särskilt fokuserad på att definiera vad som är fel (sjukdom) eller är man mer fokuserad på förmågan? Tolkning av information under ett samtal kan skifta beroende på det. Därför är det viktigt att teamet agerar utifrån den samlade förståelsen för personen som söker vård.

Kommunikation kan vara problematisk både för den som ska berätta och för den som ska lyssna. Vi använ-

der oss av språkets olika valörer på olika sätt, beroende på erfarenheter, utbildning och kanske grupptillhörighet eller om vi behärskar svenska språket fullt ut. Det ord som har en självklar betydelse för dig kan betyda något annat för mig.

Svårigheter för patienten att hitta rätt ord på rätt känsla eller symtom och att förmedla dessa ord till rätt profession inom hälso- och sjukvården kan också leda till att budskapet inte alltid går fram som det var tänkt.

Det är därför viktigt att tänka på att varje patient har sin egen historia, med eller utan tidigare kontakt med hälso- och sjukvården, utifrån sin egen socio-ekonomiska bakgrund, hälsokompetens och förmåga att vara delaktig i sin egen behandling för att uppnå sina personliga hälsomål.

Ofta saknas verktyg och rutiner för att få en bra bild av den vårdsökandes bakgrund och vilka konsekvenser den har för utredning och behandling. Kanske kan IT-baserat stöd för beslutsfattande eller självskattningsinstrument underlätta kommunikationen?

NÄR MAN HAR EN DIAGNOS

För den som har fått kontakt med hälso- och sjukvården och fått en diagnos finns det bra verktyg för mätning och riktade frågor som kan underlätta att få fram vad som är viktigt i den fortsatta behandlingen. Det kan gälla smärta, livskvalitet, sjukdomsrelaterat hälsotillstånd eller symptomintensitet. Bra journalsystem, som kan fånga upp patientberättelsen och andra viktiga faktorer som hör samman med personcentrerad vård, gör patientens röst tydligare och underlättar att den kan vara med i hela vårdkedjan.

Vad som oftast saknas är dokumentation och arbetsprocesser som förbättrar den personcentrerade vården över tid. Frågan är hur vi löpande får bästa möjliga underlag för att erbjuda bästa möjliga möte med hälso- och sjukvården. Här behövs det mer forskning, även om fler och fler studier under senare tid har fokuserat på detta.

EFTER KONTAKT MED VÅRDEN

Det finns många utmaningar för hälso- och sjukvården när det gäller att hantera kontakterna på ett personcentrerat sätt efter en akut vårdssituation och löpande i ett längre sjukdomsforlopp. Det kan till exempel vara svårt att få:

- Rätt uppföljning vid rätt tillfälle.
- Rätt mängd egenansvar för patienter eller närstående.
- Rätt återkoppling eller justering av behandling – baserad på rätt tolkning av information som patienten ger.
- Rätt riskanalys för eget ansvar och förmåga till egenvård.
- Rätt justerad behandling efter personliga hälsomål. Vågade den vård sökande personen till exempel berätta om rökning eller alkoholbruk eller avstod hen på grund av rädsla för att inte få rätt vård?

UTFALL

Blir då vården bättre av att vara personcentrerad? Det vet vi inte förrän vi följer upp och utvärderar personcentrerade insatser och arbetssätt. Det kan göras på många olika sätt.

En omvårdnadsforskare som har undersökt metoder för detta är Valentina Bala. I sin doktorsavhandling [19] har hon utvecklat ett instrument för att mäta graden av personcentrerad vård i mötet mellan patient och sjuksköterska inom reumatologisk öppenvård. Tanken är att mätinstrumentet ska användas i det dagliga arbetet på klinikerna, i forskning och i det nationella kvalitetsregistret, men också göra det möjligt att utvärdera vården.

Patienten får till exempel ta ställning till påståenden som:

- Jag är en jämbördig part i mötet med sjuksköterskan.
- Jag bekräftas som person.
- Jag får utrymme att berätta hur jag har det.
- Min erfarenhet respekteras.



- Min kunskap om mig själv tas tillvara.
- Mina problem tas på allvar.
- Mina behov styr planeringen av min vård.
- Jag och sjuksköterskan är överens om vad som ska göras.
- Min förmåga att hantera min situation stärks.

ATT STÄRKA EGENVÅRD

Ett viktigt första steg för att förbättra delaktigheten är att besluta att bjuda in både patienter och närstående att vara med och utveckla och förbättra arbets- och vårdprocesser. Patient- och närståenderepresentanter kan också bjudas in för att lämna synpunkter på hur man kan utveckla vårdmiljön och inlärningsmiljön för egenvård.

Vid individuella kontakter med patienter och närstående är det viktigt att vårdpersonalen får möjlighet att erbjuda stöd till egenvård och att såväl personal som patienter får stöd att förstå hur och vid vilka situationer man kan söka vård igen och när egenvård kan fungera, det vill säga stöd till vårdplanering på längre sikt.

Att leda mot personcentrerad vård

Vi vet att ledarskapet inom hälso- och sjukvården har en viktig roll när det gäller att etablera och upprätthålla en personcentrerad vård. I ledarskapet ingår att definiera och operationalisera vad personcentrerad vård betyder och innebär i olika situationer, olika miljöer och för olika människor.

Att ha en gemensam målbild och gemensam strävan mot detta mål kännetecknar de flesta framgångsrika verksamheter, oavsett om de befinner sig inom idrottsrörelsen, industrivärlden eller akademien. Detta gäller även för hälso- och sjukvården och att nå en personcentrerad vård.

CHEFEN MÅSTE SJÄLV HA KUNSKAPEN

Att leda mot en personcentrerad vård underlättas av att chefen/ledaren själv har en grundad, tydlig och konkret uppfattning om vad personcentrerad vård är för något och hur detta kan och ska realiseras i den dagliga verksamheten.

Att använda denna grundade förståelse innebär att regelbundet reflektera och diskutera med vårdteamet om vad personcentrerad vård är och inte är, hur personalen tänker och utför sina arbetsuppgifter, hur miljöns utformning, rutiner, kommunikationer, schemaläggning och andra praktiska frågor påverkar vården. Den sortens samtal ger goda förutsättningar för en gemensam och konkret förståelse av hur personcentrerad vård kan uttryckas i praktiskt arbete.

Detta förutsätter en verksamhet där cheferna själva är nära och engagerade i vårdarbetet, samt en organisatorisk villighet att kritiskt analysera, reflektera och diskutera för att utvärdera och korrigera teamets och organisationens sätt att bemöta patienter och utföra sina uppgifter i riktning mot en mer personcentrerad vård.

Man kan säga att det krävs både ett transaktionellt ledarskap – som fokuserar på en vardag som fungerar – och ett transformativt ledarskap som fokuserar på att uppnå framtidens mål. När det gäller målsättning går det inte att enbart fokusera på ett begrepp som “personcentrerad vård”. Lika viktigt är att målsättningen inkluderar ett ständigt förbättringsarbete inriktat mot arbetsmiljö, inlärningsmiljö samt värde skapad i vårdprocessen för patienter.

”I ledarskapet ingår att definiera och operationalisera vad personcentrerad vård betyder och innebär i olika situationer, olika miljöer och för olika människor.”

Verktyg som ledningen kan använda för att förbättra själva inlärningsmiljö beskrivs i nästa kapitel.

FÖRTROENDEFULLT LEDARSKAP

För att kunna leda verksamheten till ett mer personcentrerat arbetssätt är det viktigt att ledaren har förtroende hos de anställda. Förtroende är överlag viktigt för att kunna påverka attityder till kollegor, hur nöjda de anställda är med arbetsplatsen och organisationens effektivitet [20].

Att leda mot personcentrerad vård innebär bland annat att skapa ett bra arbetsklimat [21]. Vi vet att ett klimat som kännetecknas av välkomnande, gästfrihet, vardaglighet och gemenskap ger goda förutsättningar för personcentrerad vård.

Personcentrerade verksamheter kännetecknas också av innovation och kreativitet, ödmjukhet och tydlighet, men också av en flexibilitet i att söka nya vägar, lösningar och tillvägagångssätt beroende på vem man är satt att möta i verksamheten.

EGET INTRESSE

För att kunna leda verksamheten mot personcentrerad vård krävs att ledaren själv är personcentrerad och ser, bekräftar och bygger på de individuella styrkor, svagheter och intressen som personalgruppen har.

Att använda positiv psykologi för att lyfta fram och bekräfta goda exempel ute i verksamheten och förstärka det som är representativt för personcentrerad vård är ett sätt. Att använda sig själv och andra som personcentrerade nyckelpersoner och synliggöra viktigt tänkande och handlande ger förutsättningar att via ”kulturbärare” utveckla och sprida personcentrerad vård.

STÖDJANDE LEDARSKAP

Vad kännetecknar då ett ledarskap som främjar personcentrerad vård? [22]

I studier från Umeå universitet beskrivs till exempel fem särskilt utmärkande ledarskapsbeteenden som främjar personcentrerad vård. Det är att ledaren upplevs:

- pröva och experimentera med nya idéer och tillvägagångssätt,
- kontrollerar arbetet noggrant,
- litar på sina underställda och andra,
- coachar och ger direkt feedback, samt
- hanterar konflikter på ett konstruktivt sätt.

Kunskap och färdigheter för personcentrerad vård

De sex kärnkompetenserna i vården samverkar för att ge en säker vård med hög kvalitet, där den som är i behov vård och närstående på ett självklart sätt är i centrum av och delaktiga i vårdens utformning. Det ställer stora krav på olika typer av kunskaper och färdigheter, både bland kliniskt aktiva och bland studenter.

I det här avsnittet kan du läsa mer om kunskaper och färdigheter som underlättar arbetet med en personcentrerad vård. Vi vänder oss till såväl kliniskt aktiva som till studenter och beskriver kunskaper och färdigheter utifrån vårdens vardag

Det finns fyra etiska principer bakom personcentrerad vård – värdighet, sårbarhet, autonomi och integritet. Hur kan vi upprätthålla de principerna och hitta förutsättningarna och kunskapen för att arbeta personcentrerat?

Det är många olika saker som ska fungera för att vården ska kunna utgå från patientens hela livssituation och tankar om sin egen hälsa. Som medarbetare i vården och som student måste man naturligtvis vara intresserad av att utgå från det som patienten själv vill och lyssna till personens syn på etik. Det handlar också om personalens kunskap, värdegrund och en organisation som efterfrågar modellen personcentrerad vård.

Men även om allt detta fungerar kanske vårdens professioner och den som söker vård har helt olika syn på vad som är den rätta vägen att gå, som i exemplet med Elin. Vad händer då och hur navigerar du som vårdpersonal tillsammans med ditt team och den person vården gäller?

Dialogduken

Dialogduken är ett verktyg som stimulerar till reflektion om etik och värdegrundfrågor på arbetsplatser, i team och i studentgrupper. Dialogdukens innehåll utgår från Svensk sjuksköterskeförenings skrift *Värdegrund för omvårdnad*. Läs mer på swenurse.se.

FÄRDIGHETER FÖR ATT SKAPA OCH UPPRÄTTHÅLLA EN PERSONCENTRERAD VÅRD

Det finns olika typer av kunskap och färdigheter som vägleder beslut i olika situationer, och alla kunskaper har betydelse för vårdteamets möjligheter att skapa och

upprätthålla en personcentrerad vård. Det gäller faktakunskap, åtgårdskunskap, omdömeskunskap, handlingskunskap och förståelsekunskap.

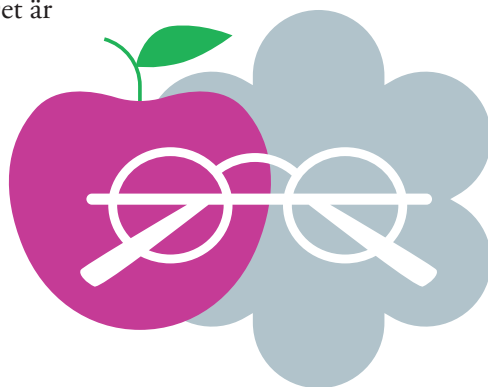
Faktakunskap innefattar teoretisk kunskap som är vetenskapligt uppnådd och organiserad, insamlad och formaliserad av en objektiv person för att uppnå den högsta formen av sanning. Denna typ av kunskap är vanlig som underlag till beslut inom hälso- och sjukvården och är högt hållen i dagens samhälle. Men denna typ av kunskap behöver kompletteras med andra former av kunskap för att uppnå en helhetsbild, eftersom varje vetenskap är specialiserad och selektiv, med egna begrepp och egna teoretiska perspektiv.

Åtgårdskunskap, eller praktisk kunskap, är förmågan att tillämpa den teoretiska kunskapen. I litteraturen beskrivs det som kunskap man har när man vet hur man ska göra för att nå ett givet mål. Åtgårdskunskapen kommer av erfarenhet och genom att kopiera och lära sig av andra som redan har förmågan.

Omdömeskunskap, eller etisk kunskap och etiskt tänkande, är en tredje form av kunskap, som innefattar kunskaper om vad som är gott och rätt, eftersträvansvärt eller inte. Det är en kunskap som är central i olika typer av beslutsprocesser. Utifrån ett resonemang att allt vi vet inte alltid är önskvärt använder vi omdömeskunskapen för att sortera och prioritera bland potentiella mål och åtgärder för att komma fram till det som är eftersträvansvärt. Vi använder oss också av omdömeskunskap för att klargöra för vem det är eftersträvansvärt, varför, i vilka sammanhang och i vilka situationer.

Handlingskunskap är en fjärde form av kunskap, och den innehåller kunskaper om emotionella förhållningsätt som rädsla, mod och övermod, och hur de inverkar på våra handlingar i kritiska situationer. Denna typ av kunskap kan exemplifieras med att för mycket rädsla och fruktan riskerar att leda till handlingsförlamning. Övermod betyder att inte vara rädd eller känna fruktan ens i de mest hotfulla och fruktansvärda situationer, vilket ger en hög grad av handlingskunskap som kan medföra stora risker både för en själv och andra. Mod är en medelväg mellan ytterligheterna rädsla och övermod och innebär att hysa en välgrundad och rimlig fruktan i fruktansvärda situationer.

Förståelsekunskap, eller innebördskunskap/faktakunskap, är en femte typ av kunskap och innehåller kunskaper om att veta eller förstå vad något betyder. I förståelsekunskapen ingår kännedom om begrepp och deras existentiella mening och betydelser, exempelvis att man vet vad inkontinens är och förstår betydelsen av att leva med inkontinens och hur detta påverkar personers hela existens och livsvärld även när det till exempel gäller relationer.



Vår faktakunskap ger oss ofta kunskap om vad som är effektivt med hänsyn till ett givet mål, men vi behöver också veta hur vi tillämpar det som är effektivt. Det behövs med andra ord även gott omdöme för att prioritera de åtgärder som är goda och lämpliga under de omständigheter som råder. För att klara detta behöver vi veta vad situationen betyder för personen, vad som är viktigt och oviktigt för personen ifråga, hur det påverkar livet.

Slutligen så behövs mod att handla i enlighet med vårt samlade omdöme, vår förståelse och fakta samt att utföra det som behöver utföras i partnerskap med personen i behov av vård och närstående.

VIKTIGA FÄRDIGHETER

Här kan du se en bred genomgång av viktiga färdigheter som är kopplade till just personcentrerad vård, men som självklart också hör samman med övriga kärnkompetenser. Du kan läsa mer om färdigheter för andra kärnkompetenser i skriftena Förbättringskunskap och teamarbete [23] samt Säker vård [24]. I alla kärnkompetenser är förmåga till kommunikation grundläggande.

Viktiga färdigheter för personcentrerad vård är:

- kunna tillämpa en holistisk människosyn,
- kunna föreslå åtgärder för att skapa en miljö som tillåter en relation mellan patient och vårdgivare som är så jämlik som möjlig,
- kunna analysera personens egna hälsomål med syfte att skapa en gemensam förståelse för hälsosituation och hälsomål,
- kunna reflektera över hur varje yrkesgrupp i vården kan bidra till personcentrerad vård i olika vårdformer (t ex akutvård, planerad vård, rehabiliteringsvård, äldre-vård) och i olika vårdkontext (i ambulans, i sjukhusmiljöer, hemmet och andra boendemiljöer),
- kunna relatera värdegrunden i personcentrerad vård till sin egen professionella vardag i vården och främja arbeten som skapar utrymme för mer personcentrering,
- kunna föreslå strategier för att patienter och närstående engageras i vårdutveckling och utvärdering,
- kunna skapa utrymme för personliga, subjektiva tolkningar och förklaringsmodeller, behandlingsstrategier och beslut, för att förstå patientens perspektiv samt att kunna belysa medicinska perspektiv på ett sätt som bidrar till att den som söker vård får förståelse för utredning, rekommenderad behandling och konsekvenser av att avstå från dessa,
- kunna tillämpa den personcentrerade vårdmodellen i sin egen verksamhet,
- känna till och kunna tillämpa kliniska rutiner för att initiera, integrera och bibehålla en personcentrerad vårdpraxis,
- kunna använda skattningsskalor som utvärderar personcentrering,
- kunna tillämpa strategier för ”att lyssna” och ”att förstå” bättre.

Hur underlättar vi för framtida kollegor?

Hur kan man då stärka införandet av personcentrerad vård på längre sikt? Ett sätt är naturligtvis att lyfta blicken och fundera på hur vi som i dag arbetar inom hälso- och sjukvården kan underlätta ett personcentrerat arbetssätt för våra framtida kollegor.

Det viktigaste för att bli delaktig i personcentrerad vård är effektiv handledning [25,26] för studenter och nyblivna kollegor. Andra nycklar är att få bra information om arbetsplatsens arbetsförhållanden och önskade mål när det gäller personcentrerad vård. Kan man se hur patienters erfarenheter och upplevelser tas till vara? Kan man se hur ny evidens implementeras i kliniskt arbete? Hur lär teammedlemmar från varandra?

En annan viktig faktor är att skapa en god arbetsmiljö för nya och framtida kollegor. Då är det bland annat viktigt att ha förebyggande strategier när det gäller stresshantering och utmattning.

Om det finns ett pågående arbete för att göra arbetsmiljön bättre, att förbättringsarbete har en tydlig plats, att man firar framsteg, har en öppenhet och återkoppling samt att det är synligt för nya kollegor att det finns en psykologisk trygghet i teamet – då kan man säga att miljön främjar att framtidens studenter och kollegor kan tillägna sig bra färdigheter och attityder.

När man vill engagera patienter som partners i förbättringsarbete bör man inte glömma att de också kan bidra till hur vi bygger arbetsplatsens inlärningsmiljö. Det är ett gammaldags synsätt att bara engagera patienter vid ett undervisningstillfälle.

Alla – även framtida kollegor – bör vara lika delaktiga i planering och design av inlärningsmiljön på sin arbetsplats och inte bara när det är dags för utvärdering.



Författarpresentationer

Paul de Roos är ST-läkare inom neurologi med inriktning mot pedagogik. Han har intresserat sig för värdebaserad vård och utfallsmätning vid Parkinsons sjukdom, kvalitetsförbättring och innovation i läkarutbildningar. De Roos har bland annat medverkat i publikationer om europeisk kärnkompetens- och kvalitetsstandard och har arbetat med ledarskapsutbildning och processledning.

David Edvardsson är legitimerad sjuksköterska, doktor i medicinsk vetenskap/omvårdnad och professor vid institutionen för omvårdnad, Umeå universitet samt professor vid School of nursing and midwifery, La Trobe University, Australien. Edvardsson leder ett internationellt forskningsprogram, U-Age, för att utveckla och utvärdera personcentrerade och hälsofrämjande livsmiljöer och interventioner för äldre personer och personer med demenssjukdom.

Lästips

1. Ekman, I. (Red.) (2014) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber
2. Edvardsson, D. (Red.) (2009) *Person-centrerad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
3. Edvardsson, D., Winblad, B., Sandman, P.O. Personcentred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol.* 2008 Apr;7(4):362-7. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70063-2.
4. Vifladdt, L., Hopen, A.M., Landtblom. (2010) *Hälsopedagogik för vårdare och brukare i samarbete, en introduktion till bemästrande*, ISBN 978-91-574-8114-6.
5. Meyerson, D. (2008) *Rocking the Boat: How to Effect Change Without Making Trouble*, ISBN 1422121380. Harvard Business Review Press.

Referenser

- [1] Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit (2003) *Health Professions Education: A Bridge to Quality*, National Academies Press (US), Washington (DC).
- [2] Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J, Johnson, J., Mitchell P., Sullivan, D.T., Warren, J. (2007) Quality and Safety Education for Nurses. *Nurs. Outlook* 55, 122–131.
- [3] Brooker, D. (2003) What is person-centred care in dementia? *Rev. Clin. Gerontol.* 13, 215–222.
- [4] Olsson, L-E., Karlsson, J., Berg, U., Kärrholm, J., Hansson, E. (2014) Person-centred care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty—a quasi-experimental study. *J. Orthop. Surg. Res.* 9, 1.

- [5] Brooker, DJ., Lee, D. (2007) Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: an evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging Ment. Health* 11, 361–370.
- [6] Chenoweth, L., King, MT., Jeon Y-H, Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., Haas, M., Luscombe, G. (2009) Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol.* 8, 317–325.
- [7] Rosher, RB., Robinson, S. (2005) Impact of the Eden Alternative on family satisfaction. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 6, 189–193.
- [8] Jeon, Y-H., Luscombe, G., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Brodaty, H., King, M., Haas, M. (2012) Staff outcomes from the caring for aged dementia care resident study (CADRES): a cluster randomised trial. *Int. J. Nurs. Stud.* 49, 508–518.
- [9] Edvardsson, D., Sandman, PO., Borell, L. (2014) Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *Int. Psychogeriatr.* 26, 1171–1179.
- [10] Feldthusen, C., Dean, E., Forsblad-d’Elia, H., Mannerkorpi, K. (2016) Effects of Person-Centered Physical Therapy on Fatigue-Related Variables in Persons With Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 97, 26–36.
- [11] Hansson, E., Ekman, I., Swedberg, K., Wolf, A., Dudas, K., Ehlers, L., Olsson, L-E. (2016) Person-centred care for patients with chronic heart failure—a cost–utility analysis. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 15, 276–284.
- [12] Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., Stenlund, H., Hörnsten, Å. (2013) *Diabetes control by patient-centred self-management support : a randomised controlled trial.* Doktorsavhandling *Illness integration, self-management and patient-centred support in type 2 diabetes.* Umeå: Umeå universitet.
- [13] Arvidsdotter, T., Marklund, B., Taft, C. (2013) Effects of an integrative treatment, therapeutic acupuncture and conventional treatment in alleviating psychological distress in primary care patients—a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Complement. Altern. Med.* 13, 308.
- [14] Edvardsson, D., Innes, A. (2010) Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools. *Gerontologist* 50, 834–846.
- [15] de Silva, D. (2014) *Helping measure person-centred care,* Health Foundation.
- [16] Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J. (2016) Instruments for assessing Person Centered Care in Gerontology. *Psicothema* 28, 114–121.
- [17] Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M., Sunnerhagen, KS. (2011) Person-centered care—ready for prime time. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 10, 248–251.
- [18] Shannon, CE., Weaver, W. (July, October 1948) The mathematical theory of communication. 1949. *The Bell System Technical Journal* 27, 379–423, 623–656.

- [19] Bala, S-V. (2017) Person-centered care in nurse-led outpatient rheumatology clinics. From experience to measurement. *Journal of Clinical Nursing*. 26, 17-18.
- [20] Dirks, KT., Ferrin, DL. (2002) Trust in leadership: meta-analytic findings and implications for research and practice. *J. Appl. Psychol.* 87, 611-628.
- [21] Backman, A., Sjögren, K., Lindkvist, M., Lövheim, H., Edvardsson, D. (2016) Towards person-centredness in aged care – exploring the impact of leadership. *J. Nurs. Manag.* 24, 766-774.
- [22] Backman, A., Sjögren, K., Lindkvist, M., Lövheim, H., Edvardsson, D. (2017) Characteristics of highly rated leadership in nursing homes using item response theory. *J. Adv. Nurs.* 73, 2903-2913.
- [23] Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017) *Teamarbete & Förbättringskunskap två kärnkompetenser för god och säker vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet.
- [24] Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund (2016) *Säker vård-en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund.
- [25] O’Keefe, M., Burgess, T., McAllister, S., Stupans, I. (2012) Twelve tips for supporting student learning in multidisciplinary clinical placements. *Med. Teach.* 34, 883-887.
- [26] Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., Jolly, B. (2007) AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med. Teach.* 29, 2-19.

SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING
SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
DIETISTERNAS RIKSFÖRBUND
