

Leading Health Care

LHC REPORT NR 3, 2018

Karin Fernler &
Anna Krohwinkel

Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård

– FYRA FALLSTUDIER



Om författarna

Karin Fernler är ekonomie doktor, lärare och forskare vid Department of Management and Organization vid Handelshögskolan i Stockholm. Hennes forskningsintressen omfattar politisk och administrativ styrning, kunskapsstyrning samt implementering av förändringsprojekt i hälso- och sjukvården.

Ek. Dr. **Anna Krohwinkel** är forskningschef vid Stiftelsen Leading Health Care. Hennes expertområden inkluderar ett brett spektrum av frågor kring hälso- och sjukvårdens styrning, ledning, organisering och utveckling. Hon har författat och redigerat ett stort antal publikationer om bland annat ersättningssystem, innovation och mottaglighet, samt verksamhetsutveckling i praktiken.

Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård

- FYRA FALLSTUDIER

Karin Fernler & Anna Krohwinkel

Leading Health Care

Förord

Stiftelsen Leading Health Care har fått i uppdrag av Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet, GPCC, att genomföra ett forskningsprojekt kring implementering och mottagande av den modell för personcentrering som GPCC har utvecklat. Som brukligt när ett empiriskt fenomen skall studeras och utvärderas har fallstudier genomförts. Dessa inrymmer både fall där GPCC och det bolag för implementering som startats, GPCC Implement, varit drivande och/eller delaktiga, som fall där projekt drivits av andra.

Personcentrerad vård (PCV) är i mångt och mycket en ny filosofi kring att inte enbart betrakta patienter som bärare av en diagnos, utan att se personen med hela sin livssituation och uppmärksamma de resurser som personen besitter att vara del av sitt eget vårdförlopp. Som alla nya begrepp riskerar PCV att bli ett mode, dvs att spridas som ett ord snarare än ett djupare förhållningssätt eller filosofi. Även denna studie pekar på denna utmaning.

Sjukvården står idag på tröskeln till en fundamental transformationsprocess. En medicinsk revolution har utökat behandlingsalternativen och möjligheterna att leva med kroniska sjukdomar dramatiskt de senaste decennierna. Digitaliseringen, som omvandlar hela samhället, har de senaste åren trätt in på vårdområdet med full och snabbt tilltagande kraft. I denna omvandling är personcentrering ett grundläggande och viktigt perspektiv för utveckling av vårdkulturen. Därför är det nödvändigt med denna typ av oberoende studier som undersöker hur idéer om och verktyg för nya personcentrerade arbetssätt tas emot i vardagens verksamheter.

Två centrala lärdomar från denna studie vill jag gärna lyfta fram.

Den första rör avvägningen mellan standardisering och lokal anpassning. Att standardisera ett arbetssätt för personcentrerad vård kan vara svårt, eftersom begreppen delvis står i motsättning till varandra. Här blir det fråga om såväl i vilken grad som i vilka dimensioner standardisering krävs respektive kan vara värdefull.

Den andra rör metodologiska förhållningssätt. Om evidens skall skapas i kontrollerade studier krävs såväl standardisering som kvantifiering. Denna studie följer organisationsvetenskapens angreppssätt. Där betonas situationens avgörande betydelse för hur modeller och verktyg tolkas. Anledningen är att det är dessa tolkningar, byggda på värderingar och attityder ute i vardagens verksamheter, som de facto påverkar beteende. Detta är helt enkelt en rapport om hur PCV används i praktiken, vilket är avgörande för vilka effekter modellen faktiskt får för patienter/personer.

För empirisk insamling och beskrivning av fallen har ekonomie doktor Karin Fernler, Handelshögskolan i Stockholm, svarat. ED Jon Rognes har varit delaktig i utformning av projektet och ED Anna Krohwinkel, båda LHC, har tillsammans med Karin Fernler författat slutversionen av rapporten. Jag vill också tacka GPCC som institution och särskilt professor Lars Wallin, gästforskare, som varit både kravställare och samtalspartner under hela projektet. Tack!

Stockholm i januari 2018

Hans Winberg,
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

1. Inramning av studien – GPCC:s verksamhet och LHC:s uppdrag	8
2. Vad är personcentrerad vård? En kort introduktion	10
2.1 PCV – bakgrund	10
2.2 GPCC-modellen	12
2.3 Spridning av PCV och GPCC-modellen	13
3. Teoretiska perspektiv på implementering	14
3.1 Studiens utgångspunkter	17
4. Metodologiska utgångspunkter	18
4.1 Studiens upplägg och genomförande	20
4.2 Begränsningar och generaliserbarhet	21
5. Fallen – kortbeskrivningar	23
5.1 Psykosenheten	23
5.2 Verksamhetsområde Medicin i Västregionen	24
5.3 Östlandstinget	25
5.4 Storlandstingets primärvård	26
6. Psykosenheten	27
6.1 Hur uppfattades PCV vid Psykosenheten?	27
6.2 GPCC:s bidrag	32
6.3 Möjligheter respektive hinder för införandet av PCV vid Psykosenheten	33

7. Verksamhetsområde Medicin i Västregionen	39
7.1 Hur uppfattades PCV i Västregionen?.....	39
7.2 GPCC/Implements bidrag.....	41
7.3 Möjligheter respektive hinder för införandet av PCV i Västregionen.....	45
8. Östlandstinget	53
8.1 Hur uppfattades PCV i Östlandstinget?.....	54
8.2 GPCC:s inflytande.....	57
9. Storlandstingets primärvård	59
9.1 Hur uppfattades PCV inom Storlandstinget?.....	59
9.2 GPCC:s inflytande.....	61
10. Vad har underlättat respektive försvårat införandet?	62
10.1 Psykosenheten.....	63
10.2 Verksamhetsområde Medicin i Västregionen.....	66
10.3 Jämförelse mellan fallen.....	70
10.4 Hinder och framgångsfaktorer.....	72
10.5 Likheter i införandet.....	74
10.6 Skillnader i modellens tolkning och översättning.....	76
11. Att stödja införandet av personcentrerad vård	79
11.1 Centrala lärdomar.....	81
11.2 Förändringsagenterns möjliga roller.....	82



Inramningen av studien – GPCC:s verksamhet och LHC:s uppdrag

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, GPCC, har sedan 2010 utvecklat och forskat kring personcenterad vård, PCV. Intresset ökar kring konceptet och flera enheter i landet vill införa ett personcentrerat arbetssätt. I samband med det efterfrågas kunskap kring hur ett generellt koncept kan implementeras lokalt hos olika typer av enheter.

Stiftelsen Leading Health Care har inom ramen för projektet ”Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård” undersökt på vilket sätt personcentrering, med särskilt fokus på GPCC:s modell för personcentrerad vård har tagits emot lokalt i tre olika verksamheter. I rapporten refereras de till som Psykosenheten, Västregionen samt Östlandstinget. Vi har även undersökt hur en verksamhet i Storlandstinget, som inte har arbetat aktivt med att införa personcentrerad vård, tolkar begreppet personcentrering.

Fokus har legat på att beskriva hur PCV realiserats i praktiken i de olika fallen, på GPCC:s och dess implementeringsbolag Implements roll i implementeringen, samt på att identifiera och beskriva upplevda hinder för mottaglighet, och hur de hanterats. Med utgångspunkt i detta diskuteras utmaningar kring vidare spridning av personcentrerad vård.

De empiriska studierna genomfördes från hösten 2015 till hösten 2016. Den beskrivning som ges av hur personcentrerad vård realiserats inom respektive verksamhet är följaktligen baserad på intervjuer som gjordes och material som samlades in vid den tidpunkten.

Studien har genomförts av docent Karin Fernler, Handelshögskolan i Stockholm, med stöd från Ek. Dr. Anna Krohwinkel, forskningsledare vid LHC.

Vad är personcentrerad vård? En kort introduktion

2.1 PCV – bakgrund

Personcentrerad vård (eng: Person-Centered Care) har utvecklats till en stor global rörelse både inom forskning och policy-arbete för att förbättra hälso- och sjukvården under senare år (Health Policy Partnership 2015). Rörelsen är en utveckling av ambitioner som funnits inom sjukvården sedan 1960-talet att öka helhetssynen på patienten, ha respekt för patientens livsvärld och erfarenheter, öka patienters inflytande och delaktighet i beslut om den egna vården och i större utsträckning sträva efter att åstadkomma de resultat som patienten prioriterar snarare än medicinska måttetal (The Health Policy Partnership 2015). Den exakta relationen mellan personcentrerad vård och dess föregångare är oklar. Det finns olika uppfattningar om vilka skillnaderna (om det finns några) är mellan personcentrerad och patientcentrerad vård. En orsak till denna oklarhet är att det finns en stor variation i definitionen av personcentrerad vård.

I en "state of the art"-artikel från 2015 menar Brendan McCormack m fl att en cyniker skulle kunna hävda att personcentrerad vård och personcentrering har utvecklats till ett "catch-all for anything to do with high-quality health and social care" (2015:2). McCormack,

som är en av de mest inflytelserika forskarna inom personcentrerad vård, menar dock tillsammans med sina kollegor att rörelsen har vissa distinkta karaktäristika i form av en uttalad ambition att skapa en mer mänsklig hälso- och sjukvård ("humanising") och att patienten/brukaren ska vara i centrum av vården (McCormack et al 2015).

I en annan internationell genomgång initierad av brittiska The Health Foundation (Health Policy Partnership 2015) konstateras att en vanlig tolkning är att det handlar om vård som är "centred on the person as a point of departure" (2015:3). Grundläggande humanitära principer om ömsesidig respekt och respekt för individen samt ett erkännande av sambandet mellan hälsa och välmående är också gemensamt för olika inriktningar av personcentrerad vård. Därutöver kan tre olika tolkningar urskiljas vad gäller den centrala innebörden i konceptet. Tolkningarna är inte ömsesidigt uteslutande, men de betonas och prioriteras i varierande grad av olika forskargrupper och policy-aktörer:

- En tolkning är att personcentrerad vård är ett övergripande och sammanfattande begrepp som sammanför ett antal olika redan kända aktiviteter och principer som alla syftar till att vården ska inrikta sig på patientens behov och livssituation. Hit hör principer om delat beslutsfattande (shared decision-making), integrerad vård (integrated care), egenvård och bättre information till och kommunikation mellan patienter och vårdpersonal. Betonar man den här tolkningen ser man följaktligen personcentrerad vård som en summering av och fortsättning på en utveckling som länge pågått inom sjukvården (Health Policy Partnership 2015).
- En andra grundläggande tolkning beskriver personcentrerad vård som partnerskap och betonar det ömsesidiga beroendet mellan patient och personal, vikten av tillit och ömsesidig respekt för den kunskap som respektive part besitter (Health Policy Partnership 2015).

- För det tredje kan tolkningen av personcentrerad vård betona den filosofiska, värderingsmässiga grunden i att se en människa – också i rollen som patient – som en person som tänker, känner, reflekterar, är meningsskapande, relaterar till andra och har ett socialt liv utanför vården. En underliggande princip här är att respekt för individen bör vara ett mål i sig, inte ett medel för att tillfredsställa vårdens önskan om t ex ideala medicinska värden (Health Policy Partnership 2015).

Oklarheterna kring vad personcentrerad vård är innebär att olika aktörer lägger olika betydelse i begreppet. Förutom de faktorer som nämnts ovan utmärks rörelsen, i linje med den rådande tidsandan, av en stark betoning av vikten av att utveckla instrument och metoder för uppföljning av personcentrerad vård. Också här råder oklarhet om hur detta bäst ska göras. McCormack m fl (2015) refererar till en rapport från Health Foundation där man funnit 176 validerade instrument för att utvärdera personcentrerad vård, alla i form av olika proxies, vilket i sig är en indikation på att innebörden i begreppet är oklar.

2.2 GPCC-modellen

I den här rapporten är det primärt en viss modell för personcentrerad vård som står i centrum, den modell som utvecklats vid Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (University of Gothenburg Centre for Person-Centred Care, GPCC). GPCC:s modell för personcentrerad vård har vissa utmärkande drag. Centralt för modellen är att den tar sin etiska utgångspunkt i den personfilosofiska tanken att varje människa ska ses, förstås och bemötas som en person med olika förutsättningar och förmågor, men också hinder. Denna för GPCC grundläggande premiss konkretiseras i tre praktiska rutiner i vårdpraktiken:

- För det första att ta upp och aktivt lyssna till patientberättelsen, det vill säga patientens upplevelse av effekterna av sin sjukdom, hur det påverkar det dagliga livet, hur man tänker och känner kring sina besvär, vilka mål för vården man själv betraktar som viktiga samt vilka resurser man själv har för att nå dessa.
- För det andra att etablera ett partnerskap mellan patienten och vårdgivaren där man delar kunskaper och erfarenheter och planerar vården tillsammans.
- Den tredje rutinen är dokumentationen, både av patientberättelsen och av den gemensamt formulerade hälsoplanen. Den personliga hälsoplanen ska ta hänsyn både till patientens berättelse, medicinska tester och undersökningar och till personens förutsättningar och förmågor. Hälsoplanen och andra data och överenskommelser ska vara tillgängliga för alla.

GPCC har genomfört ett antal forskningsprojekt där man via interventionsstudier har undersökt effekterna av att införa sin modell för PCV. Många av dessa studier visar på positiva effekter i form av kortare vårdtider, ökad patientnöjdhet och resursbesparingar, som ett konsekvent införande av modellen kan leda till (t ex Ekman m fl 2011, Ekman m fl 2012, Fors m fl 2015, Hansson m fl 2016, Ulin m fl 2016).

2.3 Spridning av PCV och GPCC-modellen

Förutom via forskningsartiklar har GPCC spridit kunskap om personcentrerad vård via bl a föreläsningar, seminarier, workshops och en bok på svenska riktad till praktiker (Ekman m fl 2014). I syfte att underlätta vidare spridning har man också bildat ett icke-vinstdrivande företag, "Implement", som ger professionellt stöd till verksamheter som vill införa personcentrerad vård. Av de verksamheter som studerats i den här rapporten deltog en i ett forskningsprojekt, medan en annan hade haft kortare utbildning i modellen av GPCC/Implement.

Teoretiska perspektiv på implementering

Implementeringsforskning syftar till att förstå processen från det att en centralt placerad aktör har fattat beslut om att en verksamhets strukturer, processer och styrande normer ska reformeras till att beslutet genomförts i lokal handling (O'Toole 2000). Huvuddelen av den klassiska implementeringsforskningen lägger ett "uppi-från-ned"-perspektiv på implementering, dvs utgångspunkten är att en reform som ledningen har beslutat att man ska införa, ska införas oförändrad i praktiken. Problem att genomföra en reform, t ex en ny verksamhetsprocess, kan bero på att denna är ogenomtänkt eller bara ot tydligt formulerad. Problemen kan också bero på att lokala verksamheter av olika anledningar är ovilliga att anpassa sig till reformen (t ex O'Toole 2000, Barrett 2004, Saetren 2005).

Den klassiska implementeringsforskningen har främst utvecklats inom "political science". Dess traditionella "uppifrån-ned"-perspektiv har en parallell i forskningsfältet "implementation science", en teoribildning som har vuxit fram mot bakgrund av evidensrörelsens frustration över svårigheterna att få praktikens beslutsfattare, särskilt läkare och annan vårdpersonal, att följa kunskapsbaserade riktlinjer som tagits fram av forskningsinstitut, myndigheter och andra centralt verksamma aktörer. En normativ utgångspunkt är att såväl enskilda patienter som samhället i stort gynnas av att hälso- och sjukvårdens praktik anpassas till centralt producerad aggregerad kunskap

och kunskapsbaserade riktlinjer (Nilsen 2010). I likhet med den klassiska implementeringsforskningen bygger alltså "implementation science" på en föreställning om att lokala verksamheters agerande bör styras hierarkiskt-rationellt och uppvisa stark följsamhet till centralt formulerade beslut. En annan likhet är forskningsmetoden, där en mer positivistisk ansats har dominerat, ofta i form av statistiska studier där man undersökt hur i förväg definierade variabler påverkar ett visst utfall. Ett dilemma med tidigare implementeringsforskning är att man har identifierat en enorm mängd av variabler som kan underlätta eller försvåra implementeringen (O'Toole 2004, Garpenby 2010), vilket har gjort att den praktiska relevansen av studierna ofta har varit begränsad.

Det finns även omfattande, i huvudsak organisationsteoretisk forskning som har lagt ett "nedifrån-upp"-perspektiv på implementering eller på mer allmän organisationsförändring. Inom denna tradition har detaljerade empiriska fallstudier av lokala implementeringsprocesser utgjort en viktig grund. En grundläggande slutsats efter många decennier av sådana studier, är att en viktig orsak till att det uppstår problem när nya lösningar ska införas är att organisationers praktik redan befolkas av andra principer, verksamhetsprocesser och strukturer samt grupper med olika professionella tillhörigheter och olika kompetenser och värderingar. Där finns makt- och intresserelationer och materiella hinder i form av brist på pengar, personal och lämplig teknik. Att uppnå total följsamhet till en specifik reform är därför svårt, om ens möjligt. Ett klassiskt exempel är Lipskys (1983) studie av hur "gräsrotsbyråkrater" navigerar i en komplex verklighet bestående av bland annat policybeslut, begränsade resurser, professionella normer och medborgares individuella behov. Men det finns också många exempel från svensk kontext på hur implementering förändrar olika organisationslösningar, exempelvis målstyrning (Rombach 1991), kvalitetsförbättringssystem (Jonnergård och Erlingsdóttir 2012), och lean (Modig och Åhlström 2012).

Sedan mitten av 1990-talet har den organisationsteoretiska implementeringsforskningen kommit att domineras av det så kallade översättnings- eller translationsperspektivet (Czarniawska

och Sevón 1996). Begreppet translation används även inom den till evidensrörelsen kopplade "implementation science". Där betecknar begreppet avvikelser i lokala vårdpraktiker från centralt formulerade evidensbaserade rekommendationer (Garpenby 2010). Organisationsforskningens översättningsbegrepp har i stället sitt ursprung i det tvärvetenskapliga forskningsfältet Science & Technology Studies (STS) (Latour 1986, 1987). Hälso- och sjukvården har utgjort ett centralt forskningsfält för STS-forskare (Zuiderent-Jerak och Jensen 2007). Bland annat har studier gjorts av införandet av medicinska beslutsstödsystem (Berg 1997), vårdkedjor (Bal och Mastboom 2007) och patientsäkerhetssystem (Zuiderent-Jerak 2012).

En utgångspunkt för STS-perspektivet är att när en idé eller lösning sprids så kommer inte bara den lösning som implementeras att förändras. Också den lokala verksamheten omformas i mötet med lösningen. En annan utgångspunkt är att det inte är motstånd mot förändring som behöver förklaras, utan varför förändring sker. Det finns ett oräkneligt antal viktiga och värdefulla principer och lösningar att ta hänsyn till i världen. Alla kan inte realiseras i praktiken. I den mån en lösning sprids beror det därför på att aktör efter aktör väljer att ta till sig den. I varje steg påverkas valet av vilken nytta för sin verksamhet den enskilda aktören ser med lösningen. Här finns regelmässigt ett stort tolkningsutrymme. Aktörer kan välja att ta till sig delar av lösningen, de kan omtolka dess syfte eller använda etiketten för att fylla den med ett helt annat innehåll.

En konsekvens av detta är att det största hindret mot en ny organisationslösning inte nödvändigtvis består i ett öppet och aktivt ifrågasättande och motstånd. Ett större problem är den översättning som sker av aktörer som inte är kritiska mot lösningen i princip, utan helt enkelt omtolkar och förändrar den för att passa den egna praktiken, alternativt betraktar andra principer och lösningar som viktigare och därför mer prioriterade. En sådan översättning kan ligga i linje med lösningens syfte och vara värdeskapande, men översättningar kan också vara värdeminskande och leda bort från lösningens grundläggande idé. Att åstadkomma god implementering handlar därför mer om att identifiera hinder och avvägningar, mobilisera ett lokalt

engagemang och försöka hitta praktiskt fungerande sätt att anpassa generella lösningar så att dessa anpassningar blir värdeskapande och ligger i linje med den generella lösningens grundidé (O’Toole 2004). Utifrån ett översättningsperspektiv är därför en grundläggande uppgift för forskningen att undersöka hur och varför olika slags översättningar sker i olika lokala sammanhang.

3.1 Studiens utgångspunkter

I forskningsprojektet ”Implementering och mottaglighet av personcentrerad vård” tar vi vår huvudsakliga utgångspunkt i ett översättningsperspektiv. Via fallstudier av olika lokala verksamheter är syftet att identifiera hinder för ökad personcentrering, men också att utveckla och ge förslag på strategier för hur olika hinder kan hanteras och motverkas. Ett översättningsperspektiv betonar vikten av att kartlägga och förstå hur olika faktorer i den lokala situationen påverkar implementeringen. En grundläggande fråga är hur den lösning som ska implementeras tolkas och omtolkas när den införs i praktiken.

Centrala frågor för att förstå spridning av PCV enligt översättningsperspektivet är därför hur aktörer tolkar en lösning, hur den konkretiseras i praktiken och vad som påverkar den tolkningen och konkretiseringen. Det är dessa frågor som fokuseras i rapporten.

1. Vad är/blir PCV i praktiken? Vad lägger olika aktörer in i begreppet? Hur realiseras PCV?
2. Vad påverkar den realiseringen?
 - a. Vad stödjer viss tolkning och praktik?
 - b. Vad motverkar?
3. Vad av allt detta kan den som vill driva PCV påverka?

En sista fråga är vad man *vill* påverka. Den kommer inte att besvaras i den här rapporten.

Metodologiska utgångspunkter

Studien tar sin utgångspunkt i kritisk realism. Kortfattat innebär det en realistisk syn på verkligheten parat med ett antagande om att människor inte har direkt access till denna verklighet, utan att deras tolkning av situationen påverkar deras agerande och därmed hur en idé tolkas, används och modifieras. Givet antagandet att människors tolkningar är centrala för att förstå vad som sker är fallstudier en rimlig metod att använda. Genom att välja flera fall kan man peka på olika sätt att tolka samma fenomen och hur dessa tolkningar får olika effekter, men man kan också peka på hur lokala kontextuella faktorer bidrar till dessa effekter (Welch 2011).

Vid kvalitativa studier är det vanligt med ett strategiskt, snarare än representativt urval. Ett strategiskt urval innebär att man försöker maximera olikheterna mellan fallen på för studien centrala punkter, för att därigenom kunna urskilja idealtypiska skillnader. I den här studien har fyra fall undersökts; två huvudfall och två kompletterande fall. Fallen har anonymiserats i syfte att betona generella lärdomar snarare än fokusera på specifika verksamheter under en viss period.

Huvudsakligt fokus ligger på en jämförelse mellan medicinsk specialistvård i det vi refererar till som Västregionen samt den slutna psykosvården, fortsättningsvis Psykosenheten, i en storstadsregion. Dessa två huvudfall representerar båda fall där GPCC respektive

Implement har utbildat personalen. Det ena fallet, Psykosenheten, utgjorde en del av ett forskningsprojekt kring införande av GPCC:s modell för PCV och såväl ledning som än mer operativ personal fick omfattande utbildning och stöd av GPCC. I det andra fallet, Verksamhetsområde Medicin inom Västregionen, gav konsultbolaget Implement en introducerande dag och en tre dagar lång utbildning för verksamhetens chefer. Arbetet med att införa PCV lokalt drevs sedan vidare av ett regionalt utvecklingscentrum. En annan skillnad är att medan införandet av PCV vid Psykosenheten endast omfattade en specialiserad enhet: sluten psykosvård, så anlätades Implement i Västregionen i syfte att införa PCV inom all medicinsk specialistvård i regionen. I bakgrunden fanns även ett politiskt beslut om att all vård inom Västregionen skulle arbeta personcentrerat.

Av de två kompletterande fallen berör det första ett landsting, Östlandstinget, där man sedan år 2012, till följd av ett politiskt beslut, har arbetat aktivt för att PCV ska införas generellt. Det andra kompletterande fallet rör Storlandstingets primärvård. Primärvården i detta landsting har inte haft något uttalat PCV-projekt drivet av GPCC/Implement, men har gett uttryck för att man arbetar med PCV. Intervjuerna i Östlandstinget och Storlandstingets primärvård har genomförts i syfte att få en förståelse för hur PCV tolkas och införs i verksamheter där GPCC inte varit aktivt drivande eller över huvud taget involverade.

Fallen är baserade på semi-strukturerade intervjuer där de intervjuade inledningsvis getts stor frihet att beskriva hur de uppfattar PCV i allmänhet för att gradvis ställa mer specifika frågor. De övergripande frågor som ställts är: Hur tolkar respondenterna (dokument) personcentrerad vård? Hur tolkar man GPCC:s modell? Hur har PCV realiserats i praktiken? Vad har underlättat respektive försvårat införandet av PCV? Hur har GPCC och/eller Implement bidragit till arbetet med att införa PCV? Givet olikheterna i de fyra fallens relation till GPCC och Implement har frågorna modifierats. I Storlandstinget ställdes exempelvis frågan om man över huvud taget kände till GPCC. Vid Psykosenheten och i Västregionen var en central fråga vad den utbildning man gått för Implement bidragit med.

Alla som intervjuades i studien informerades om att studien gjordes på uppdrag av GPCC, men det betonades att syftet var att ge ett utifrånperspektiv. Syftet med att betona detta var att inbjuda också till kritiska synpunkter för att därigenom uppmärksamma hinder.

4.1 Studiens upplägg och genomförande

Studien i Västregionen gjordes i två omgångar. Dels hösten 2015 i samband med Implements två sista utbildningsdagar där två av LHC:s forskare närvarade, dels i maj 2016. I den första omgången intervjuades tretton personer som deltagit i utbildningen: verksamhetschefer, biträdande verksamhetschefer, vårdenhetschefer, lokala verksamhetsutvecklare, en överläkare, en sjuksköterska samt representanter för Utvecklingscentret som är Västregionens utvecklingsenhet. Vidare intervjuades en patient som var anställd av Västregionen som patientstödare och som deltog i utbildningen. I maj 2016 genomfördes fem uppföljande intervjuer med en klinikchef, två verksamhetsutvecklare vid Utvecklingscentret, varav den ena arbetade deltid med denna tjänst och deltid som sjuksköterska vid medicinkliniken, samt två sjuksköterskor varav den ena arbetade som chefssjuksköterska, medan den andra nyligen fått mer verksamhetsutvecklande arbetsuppgifter. Vi deltog även i en träff med Nätverket för personcentrerad vård som samlar representanter för olika enheter som arbetar med personcentrerad vård inom Västregionen.

Studien av Psykosenheten omfattade sju personer från den operativa personalen samt en forskare vid GPCC som också hade deltagit i arbetet. Vi närvarade också vid en presentation av erfarenheterna av att införa personcentrerad vård vid Psykosenheten vid ett seminarium organiserat av GPCC. De intervjuade bestod en överläkare, en enhetschef, en mentalskötare, två sjuksköterskor varav en avdelningschef samt en kurator. Förutom intervjuer har skriftligt material, exempelvis vårdplaner och rapporter från verksamhetsutvecklare, utgjort en del av empirin.

I det kompletterande fallet Östlandstinget gjordes intervjuer med två verksamhetsutvecklare som arbetade heltid med att införa personcentrerad vård. Verksamhetsutvecklarna har vid olika tillfällen haft kontakt med GPCC/Implement utan att dessa varit direkt inblandade i verksamheten. Det andra kompletterande fallet består av intervjuer med tre personer inom Storlandstingets primärvård: primärvårdschefen, chefen för en vårdcentral samt en verksamhetsutvecklare vid en så kallad hälsocentral, till vilken patienter med komplexa sjukdomstillstånd, som kräver omfattande livsstilsförändringar, remitteras.

Analysen har genomförts som en komparativ innehållsanalys av anteckningar, intervju-utskrifter och insamlade dokument. De fyra fallen har först analyserats var för sig. De övergripande frågor som ställts till materialet avspeglar de frågor som ställts i intervjuerna, det vill säga vilka tolkningar som respondenterna gör av PCV i allmänhet och GPCC:s modell i synnerhet, hur PCV enligt respondenterna har realiserats i deras olika praktiker, vad respondenterna uppfattar har underlättat respektive försvårat införandet av PCV, samt hur man uppfattar GPCC:s och/eller Implements bidrag till införandet.

4.2 Begränsningar och generaliserbarhet

Vid analysen av material inom respektive fall respektive mellan fallen har vi valt att inkludera även synpunkter som framförts av ett fåtal intervjuade, i syfte att få en bred representation av hinder och möjligheter att införa personcentrerad vård. En begränsning i materialet är dock att det har varit svårt att få intervju personer som är öppet kritiska mot och negativa till PCV. En person tackade trots upprepade försök nej till att delta. En kritik person lät sig intervjuas men under villkor att intervjun inte spelades in. En risk är därför att fallstudierna ger en alltför positiv bild av praktikens syn på PCV. Samtidigt framfördes, som framgår av fallen, både en del kritik och en hel del exempel på hinder för att införa PCV i övriga intervjuer.

Fallstudier är svåra att generalisera. Utifrån ett traditionellt vetenskapligt perspektiv är den här studien att betrakta som explorativ förstudie. Ett alternativt förhållningssätt är att kvalitativ forskning syftar till vad Brunsson (1986) kallar för språkbildning. Syftet här är att på grundval av empiriska studier peka ut vissa aspekter som genom att uppmärksammas kan underlätta samtal kring en viss fråga. Vår förhoppning är att den här rapporten ska ge underlag för en diskussion om hur GPCC kan föra ut sin modell för personcentrering i en vårdpraktik som generellt sett utmärks av begränsade resurser, tidspress, mångprofessionalitet och en mängd samtidigt existerande krav på införande av och anpassning till olika lösningar. I det sammanhanget bör noteras att vissa förändringar redan skett sedan denna studie genomfördes i hur GPCC och Implement arbetar med att sprida PCV.

Fallen

– kortbeskrivningar

5.1 Psykosenheten

Den slutna psykosvården vid Psykosenheten bedrev en specialiserad vård för personer som var akut sjuka i sin psykos. Den bestod av fyra relativt små avdelningar som utgjorde en begränsad del av den vård som bedrevs vid regionens verksamhetsområde Psykiatri. Verksamhetsområdet ansvarade för all vård av personer med schizofreni och liknande sjukdomstillstånd boende i landstinget. Huvuddelen av vården för dessa oftast kroniska sjukdomar bedrevs vid ett antal lokala öppenvårdsmottagningar. Eftersom de öppna mottagningarna hade möjlighet att låta patienter övernatta någon natt, plus att det fanns ett akutteam som kunde göra hembesök, var det endast patienter som var svårt sjuka i sin psykosjukdom som vårdades inom Psykosenhetens slutna psykosvård. Vårdtiderna var relativt långa, ett par veckor eller till och med i vissa fall månader. Det var inte ovanligt att patienter kom tillbaka för ytterligare slutensvårdsperioder.

PCV-projektet vid Psykosenheten hade bedrivits som ett forskningsprojekt som till stor del finansierades av GPCC. Insatserna var omfattande. Forskare och verksamhetsutvecklare vid GPCC hade varit med och kontinuerligt stöttat arbetet. Chefer hade gått

en utbildning och det hade en organiserats en styrgrupp bestående av verksamhetens chefer som ledde det övergripande arbetet. En tredjedel av vårdpersonalen hade fått gå en mer omfattande utbildning, med en introduktionsdag, två internat med övernattnings och en avslutande dag. En operativ implementeringsgrupp bestående av sektionsledare, sjuksköterskor och mentalskötare som gått utbildningen hade getts tid och utrymme att stödja införandet lokalt. Tid hade också getts både under och efter utbildningen att arbeta i mindre grupper med att utveckla hur PCV konkret skulle bedrivas vid Psykosenheten, men också att vidareförmedla kunskap om PCV till de kollegor som inte deltagit i utbildningen. Efter utbildningen hade också tid getts för att driva nya avdelningsvisa lärgrupper, där all personal fortsatte att utveckla lokala idéer om hur personcentrerad vård skulle bedrivas. Ett par organisationsdagar där ett huvudtema var personcentrerad vård hade också organiserats efter det att utbildningen avslutats.

5.2 Verksamhetsområde Medicin i Västregionen

I studien av Västregionen studerades särskilt, men inte enbart, arbetet med PCV inom Verksamhetsområde Medicin. Verksamhetsområde Medicin var ett resultat av en nyligen genomförd sammanslagning av de tre medicinklinikerna vid regionens tre sjukhus. Inom verksamhetsområdet bedrevs en omfattande och diversifierad internmedicinsk vård för många olika typer av patienter med olika diagnoser. Området ansvarade för regionens specialiserade medicinska öppenvård både för mer kortvariga tillstånd där vårdtagarna gjorde enstaka besök, och mer återkommande vård för personer med kroniska sjukdomar i form av exempelvis kardiologiska tillstånd och mag-/tarmsjukdomar. Det bedrevs också planerad och akut kortvarig och långvarig slutenvård vid en mängd olika specialiserade avdelningar vid de tre sjukhusen.

I Västregionen hade dess politiskt valda ledning beslutat att PCV skulle införas inom hela regionens sjukvård. Hur detta skulle genomföras fanns det inga beslut om. Inom Verksamhetsområde Medicin beslutade ledningen att anlita Implement. Man valde dock att begränsa Implements engagemang till en tre dagar lång utbildning för chefer och verksamhetsutvecklare, vad Implement refererar till som en Fas 1-utbildning. Det fortsatta arbetet med att införa PCV i den operativa verksamheten skulle drivas av Utvecklingscentret, ett väl etablerat regionalt centrum för vårdförbättring och verksamhetsutveckling inom Västregionen.

Utvecklingscentret och därmed Västregionen hade länge drivit ett arbete för att med olika medel öka patienters delaktighet i och styrning av vården. Arbetet drevs konsekvent utifrån ett ”nedifrån-upp”-perspektiv, där Utvecklingscentrets verksamhetsutvecklare agerade coacher och stöd till den operativa personalen. Det fanns flera exempel på lokalt utvecklade verksamheter där patienten hade stort inflytande. När Implement inledde sin utbildning för ledningen för Verksamhetsområde Medicin hade flera vårdenheter inom Västregionen redan påbörjat ett uttalat arbete med att införa PCV. Ett nätverk hade organiserats av Utvecklingscentret där vårdenheter från olika kliniker som arbetade med personcentrerad vård regelbundet kunde mötas.

5.3 Östlandstinget

I Östlandstinget beslutade den politiska ledningen redan år 2012 att personcentrerad vård skulle införas. Inledningsvis utgjorde personcentrerad vård ett av åtta förbättringsområden som skulle samordnas för att åstadkomma en sammanhållen styrning av hela landstingets sjukvård. Fem år senare var personcentrerad vård ett av två förbättringsområden som fortfarande var aktuella. Två verksamhetsutvecklare var anställda för att införa personcentrerad vård.

Under de år som arbetet med personcentrerad vård pågått hade verksamhetsutvecklarna, förutom allmänna utvecklingsinsatser,

drivit pilotprojekt vid olika vårdenheter: två vårdcentraler, en kirurgavdelning samt en aktivitetsenhet vid en psykiatrisk enhet för tvångsvård. Pilotprojekten hade inletts med en sex dagar lång utbildning. En företrädare för GPCC hade föreläst en av de dagarna. GPCC hade också fungerat som samtalspartner för verksamhetsutvecklarna, som också hade läst texter publicerade av forskningscentret. Arbetet med att införa personcentrerad vård drevs dock av de lokala verksamhetsutvecklare som intervjuades.

5.4 Storlandstingets primärvård

Inom Storlandstingets primärvård hade man inte drivit något projekt för att införa personcentrerad vård specifikt. Fokus låg på Vårdelyftet, ett lokalt formulerat förändringsprojekt i form av en dialogarena för professioner och patientrepresentanter, samt ett kompetenslyft i syfte att ta fram behandlingsprocesser för att garantera att primärvården följde nationella vårdprogram. Verksamhetsledningen menade att personcentrerad vård hade kommit att utgöra en del av Vårdelyftet. Exakt hur och på vilket sätt var dock oklart. Inom Storlandstinget intervjuades en representant för ledningen, en läkare som fram till nyligen varit primärvårdschef och en projektledare vid en av landstingets hälsomottagningar, till vilken vårdcentraler kunde remittera patienter med komplexa livsstilsrelaterade sjukdomar.

I nästa avsnitt presenteras resultat från de fyra fallen. De två huvudfallen redovisas detaljerat var för sig i relation till två huvudfrågor. Den första frågan är hur PCV tolkades vid Psykosenheten respektive i Västregionen med särskilt fokus på Verksamhetsområde Medicin. I frågan ligger både hur de intervjuade tolkade PCV som idé och vilka konkreta uttryck som PCV tog sig i praktiken. Den andra frågan rör vad de intervjuade uppfattade hade underlättat respektive försvårat införandet av PCV, såsom det tolkades i respektive verksamhet. Samma frågor har styrt struktureringen av data från ett de kompletterande fallen, även om beskrivningarna är mer kortfattade.

Psykosenheten

Vid Psykosenhetens slutna psykosvård var PCV ett för verksamheten unikt förändringsprojekt som haft tillgång till stora resurser både i form av tid, pengar, utbildning och stöd av GPCC. Detta avspeglade sig bland annat i att de som intervjuades vid Psykosenheten hade lätt att särskilja och peka på konkreta effekter av det arbete som drivits kring personcentrerad vård. Man hade kommit långt både med att konkretisera användningen av de specifika rutiner eller verktyg som GPCC förordar och med att utveckla lokala personcentrerade lösningar. Studien av Psykosenheten kom därför att fokuseras på arbetet med att utveckla dessa rutiner i praktiken, men också det nya förhållningssätt till patienten som de intervjuade talade om.

6.1 Hur uppfattades PCV vid Psykosenheten?

Ett nytt förhållningssätt till patienten

Ett viktigt bidrag från GPCC var insikten om att man tidigare inte, som många trodde, hade haft ett personcentrerat arbetssätt gentemot patienterna.

När det började bli aktuellt med PCV... jag tror att jag reagerade som många andra att "nej, men det är väl inte så här vi har jobbat?" Sen började vi med de här processdagarna... Och det var oerhört spännande, där såg man skillnaden mot personcentrerad vård... jag trodde att vi hade jobbat personcentrerat, men det var patientcentrerat.

I intervjuerna gavs samstämmiga uttryck för vad skillnaden mellan person- och patientcentrering innebar. Tidigare hade man sett den som vårdades på avdelningen som en patient eller till och med representant för en diagnos. Att börja betrakta någon som en person innebar att man såg en människa med känslor, drömmar, besvikelser i livet, och med ett liv utanför slutenvården med intressen, hobby, studier, yrkesliv och familj. Vistelsen vid psykosavdelningen var ett tillfälligt avbrott i personens liv. Som en intervjuad uttryckte det:

För mig är det mycket ett förhållningssätt, att jag tänker att patienten...är en person... med massa resurser, och en historia, och jag ska inte göra om den här personen, utan jag ska bara tillfälligt stötta upp.

Genom att börja se dem som var inlagda på avdelningen som personer väcktes nyfikenheten på vilka dessa människor var. Med det följde en ambition att ta tillvara och försöka bevara personernas resurser också under den slutna vårdperioden. Ett exempel var en ung flicka som efter en tids vård fick dagpermissioner för att gå i skolan.

Personcentrering var följaktligen i grunden ett förhållningssätt som krävde att man hela tiden reflekterade över om ens agerande var personcentrerat.

Det handlar om var och en, hur vi ser på varje människa... Man måste hela tiden utvärdera varje grej man gör med patienterna. Var det här personcentrerat?

Förutom ett nytt förhållningssätt hade Psykosenheten också arbetat med att anpassa och införa GPCC:s verktyg.

Nya verktyg

Patientberättelsen

Av dem som skrevs in vid Psykosenheten befann sig majoriteten i en akut psykos. Ofta var mer än hälften av patienterna inskrivna enligt LPT (Lagen om psykiatrisk tvångsvård). Alla intervjuade var dock eniga om att även med svårt psykotiska patienter var det både möjligt och meningsfullt att ta upp en patientberättelse. Däremot krävdes modifieringar.

En grundpelare i GPCC-modellen är att patientberättelsen ska tas upp vid ankomstsamtalet, om möjligt av läkare, sjuksköterska och andra i vårdteamet tillsammans. Den idén var svår att följa inom Psykosenheten. Vissa patienter vägrade delta. Andra patienter sa ingenting. Många patienter hade svårt att sitta ned och tala. De kunde också ha svårt för att ha flera personer närvarande i rummet.

En lösning var att en vårdpersonal i taget, ofta patientens kontaktperson, tog upp patientberättelsen bitvis i olika sammanhang, t ex på en promenad till kiosken. Tålmod var också viktigt. Man måste acceptera att samtalen blev olika långa och att det ibland inte gick att föra ett samtal. Då fick man pröva igen dagen efter. En lösning för att få tillgång till patientens berättelse var följaktligen att sträcka ut samtalet i tiden. Ytterligare en utmaning var att patientens sjukdom ofta avspeglade sig både i patientens beskrivning av verkligheten och i de önskemål som hon eller han gav uttryck för. Berättelsen kunde också förändras under vårdtiden.

Förutom patientens egen berättelse var den psykiatriska öppenvården en viktig källa till information. *"Många av patienterna här har haft lång kontakt med sin öppenvård... Så många frågor kanske man inte behöver ställa"*, förklarade en sjuksköterska. Gamla journalanteckningar var också användbara. Anhöriga kunde bidra med ytterligare pusselbitar.

Enligt GPCC:s modell är det viktigt att patientberättelsen dokumenteras. Någon samlad patientberättelse där all information från olika samtal med patient, anhöriga och journaler ställdes samman verkade dock inte skrivas vid Psykosenheten.

En intervjuad förklarade att samtal t ex kunde dokumenteras som en daganteckning i journalen, men att önskemål som patienten gav uttryck för helst skulle skrivas in i vårdplanen. Denna vårdplan var en variant av det som GPCC talar om som en personlig hälsoplan.

Fördjupad vårdplan och delaktighet

En hälsoplan och en skriftlig överenskommelse som formuleras i partnerskap med patienten, där patienten är en del av vårdteamet, utgör grundläggande delar i GPCC-modellen. Vid Psykosenheten skrevs inga överenskommelser med patienten och i stället för att utforma en hälsoplan hade man valt att fördjupa den vårdplan man redan hade. En förklaring var att man inte tog upp eller använde patientens berättelse på det sätt som GPCC rekommenderar. En annan att det redan fanns så mycket dokumentation kring patienterna och att vårdplaner var man skyldig att ha för alla.

I den fördjupade vårdplanen beskrevs patientens hälsoproblem, resurser och önskemål, vårdens mål och delmål, planer för behandlingen och förväntad vårdtid. Man förde också in i vilken mån patienten hade varit delaktig i att ta fram planen. Graden av delaktighet var viktig att notera eftersom huvuddelen av patienterna inledningsvis led av en akut psykos. Hur mycket en patient kunde delta i arbetet med att ta fram vårdplanen och hur mycket inflytande personen vid en viss tidpunkt kunde få vad gällde behandlingen varierade därför. Målet var att alla patienter skulle erbjudas att vara med i arbetet oberoende av hur dåligt de mårde. Vårdpersonalen gav flera exempel på hur man arbetade aktivt för att nå det målet. Patienter uppmuntrades att delta genom att ha förberedande samtal där man gick igenom vad som skulle tas upp. Patienter som inte sade något fick vårdplanen uppläst och en kopia av den. I de fall patienter helt vägrade närvara, förklarade en intervjuad, hade man i alla fall tydliggjort att personalen var intresserad av att höra vad patienten hade att säga. Något positivt lämnade man bara genom att uppmärksamma detta. Att patientens egna mål skrevs in i vårdplanen, även om vårdpersonalen uppfattade dem som helt irrelevanta för behandlingen, var ytterligare ett exempel på anpassning.

Ett annat dilemma kring delaktighet var patienter som inte ville medverka i den vård som personalen betraktade som helt nödvändig. Om patienten var inlagd enligt LPT kunde personalen besluta både om mål och åtgärder, oberoende av patientens åsikt. Två saker beto- nades dock: Man måste alltid informera patienten och förklara varför man agerade som man gjorde, och man måste alltid visa respekt mot patienten genom att i möjligaste mån i alla fall ge någon form av val, t ex valet mellan medicinering i tablettform eller som injektion.

Vartefter patienten mådde bättre blev hon eller han mer delaktig i besluten. Från en väldigt begränsad delaktighet kunde man alltså gå mot ett partnerskap mellan personal och patienter. En läkare pekade på att psykiatrin över tid gått från ett fokus på ”compliance”, via ett något mer humanistiskt perspektiv med fokus på ”adherence”, till att nu utifrån PCV och dess personfilosofiska grund börja hjälpa patienterna att med stöd av sjukvårdens professionella expertis ta eget ansvar för sin psykos-sjukdom:

De veckorna man har kring slutenvård, när man kommer in psyko- tisk, så tycker jag, att inte bara läkare, utan alla kontaktpersoner, all omvårdnadspersonal bör hjälpa patienten i processen att känna att man har en sjukdom man kan ta ansvar för. Det har vi traditionellt sett inte gjort, utan man har behandlat symptom. Och då har vi inte hjälpt patienten maximalt.

Lokalt utvecklade verktyg

Förutom lokal anpassning av de verktyg GPCC föreslår hade Psykosenhetens personal också utvecklat egna lokala verktyg. Ett var ”Gröna mappar” som innebar att patienten fick en egen pappers- folder att förvara vårdplanen, medicinlistan och dylika dokument i. Mapparna hade blivit mycket uppskattade av patienterna. Ett annat försök med en ”loggbok” i form av ett anteckningsblock till varje patient hade däremot förblivit oanvänt och därför lagts ned.

Personcentrerade ronder där patienten fick delta hade också prövats och införts med positivt resultat. Även när en patient skulle tvingas

till en vårdinsats fick patienten delta för att lyssna till hur personalen resonerade. För att ronderna skulle fungera måste patienten dock förberedas och han/hon fick vanligtvis inte leda samtalet.

6.2 GPCC:s bidrag

Vid Psykosenheten var utvecklingen av PCV intimt sammanvävd med GPCC:s arbete med att introducera sin filosofi, förmedla verktyg i form av patientberättelse, hälsoplan och partnerskap och stödja lokal modifiering av dessa verktyg. Detta hade krävt omfattande utbildning och processtöd från GPCC:s coacher. Coacherna hade hanterat vanliga invändningar som brist på resurser i form av pengar, personal och tid och bidragit med idéer om hur olika problem kunde hanteras. Man hade också lärt ut förändringsmetoden, att låta den operativa personalen arbeta i lärgrupper och att ta fram lokalt anpassade lösningar via en "trial-and-error"-process, samt klargjort skillnaden mellan personcentrering och aktiviteter för att åstadkomma detta. Det omfattande processtödet verkade ha haft stor betydelse för att kunna utveckla lokalt fungerande sätt att arbeta personcentrerat.

När vi satt i de här lärgrupperna och vi kastade idéer och vi skrev på såna här blädderblock och bara det här att de [coacherna, KF] gick omkring och tittade på vad vi gjorde och liksom "det här, ja, men du, vad är det som är personcentrerat i det här då?" ... Det var inte alltid att de hade rätt eller vi hade fel, utan de ställde frågor som fick alla att tänka. ... det är en process som måste ske i gruppen [mot personcentrering, KF], men några grundidéer måste det finnas där. Och det tyckte jag de var oerhört duktiga på att förmedla.

De intervjuade vid Psykosenheten var klara över att man hade gjort en hel del modifieringar av GPCC:s grundmodell. Av den anledningen hade man valt att kalla det personcentrerade arbete man ägnade sig åt för personcentrerad psykosvård. Vad uppfattade man då hade underlättat respektive försvårat införandet av PCV?

6.3 Möjligheter respektive hinder för införandet av PCV vid Psykosenheten

Underlättat införandet

Att man satsade så mycket resurser på personalen

En förutsättning för det omfattande processarbetet och därmed en framgångsfaktor för att införa PCV vid Psykosenheten var de stora resurser som projektet hade till sitt förfogande. De gav inte bara tillgång till omfattande utbildning och stöd från GPCC i förändringsprocessen. Resurserna gav också tid och möjlighet att utveckla och anpassa PCV så att det fungerade i verksamheten. En annan effekt av de omfattande resurserna var personalens upplevelse av att ledningen verkligen satsade, både på personcentrering och personalens och verksamhetens utveckling.

Inte första gången, men de andra gångerna fick vi sova över ...och träffa kollegor, och äta middag, på ett sätt som man aldrig gjort innan. Känns väldigt påkostat och utvalt... Och det är roligt att jobba med något när man känner så för en gångs skull, att det finns någonting att satsa på.

Resurserna möjliggjorde också för en tredjedel av personalen att fungera som "levande exempel" och lokala coacher. Det tycks ha lett till att det skapades ett flertal "eldsjälar".

Förändringsprocessens utformning

Vid sidan om resurser, beskrevs GPCC:s förändringsmetod, att låta den operativa personalen utveckla vad PCV skulle innebära på kliniken, som en viktig framgångsfaktor.

Men sen när det började komma fram vad som var tanken, ...att det var vi själva som skulle utforma vad PCV är, då blev det ju roligare,

...att det var vi i personalen som skulle utforma tillsammans med patienterna vad vi tycker är personcentrering.

Att förändringen drevs i form av en "trial-and-error"-process där man gradvis prövade, reviderade, lämnade eller höll fast vid vissa av sina idéer var också viktigt. En sjuksköterska konstaterade att hon inte kunde komma på något som inte hade fungerat. Eftersom man arbetade med egna förändringsprocesser blev de små saker som testades och successivt modifierades. Visade sig idén om ett veckoschema för patienten inte fungerar fick man t ex pröva med ett dagsschema.

Att personalen såg värdet för patienterna

Att personalen såg positiva resultat av PCV för patienterna var en viktig framgångsfaktor. En sjuksköterska berättade om en patient vars mål vid inskrivningen var att äta mer fiberrik kost, vilket personalen uppfattade som helt irrelevant för hennes schizofreni. Vid slutet av vårdtiden berättade dock patienten att hon aldrig hade känt sig så bekräftad och trygg och hon visste exakt vilka kontaktpersonerna hade varit. *Och då tänker man "...ja, men då var det ju värt det" Då måste det gå, i alla fall att få patienter att känna den tryggheten, att det är deras vårdplan.*

Betydelsen av patienternas uppskattning kan kopplas till ytterligare en framgångsfaktor, att PCV låg i linje med en önskan som personalen redan hade att behandla patienterna på ett sådant sätt. De som säger att *"så här har vi alltid tänkt"* är inte helt fel ute, menade en intervjuad som själv gått utbildningen. Att man inte tidigare hade realiserat den önskan berodde på att man saknat kunskap och verktyg. Det hade GPCC förmedlat.

En del i en pågående utveckling

Personalens önskan att behandla patienterna personcentrerat kan kopplas till en generell trend som en intervjuad pekade på: att PCV sammanföll med en utveckling inom psykiatrin, från krav på "compliance", via det något mer humanistiska begreppet "adherence", till att se patienten som en människa. I viss mån hade man redan jobbat

i linje med PCV. Det föll sig naturligt att ta några steg till. Rörelsen mot PCV låg också i linje med andra krav på förändring, särskilt nämndes kritik från anhöriga och krav på att inkludera dem mer.

Långa vårdtider och vana vid att samtala

Två verksamhetsspecifika faktorer som hade underlättat införandet av PCV var att psykiatrins personal var van vid att tala med och umgås med patienter, menade en sjuksköterska. Exempelvis gjorde man regelmässigt hembesök hos patienterna. Andra intervjuade nämnde att vårdtiderna var relativt långa och att många patienter hade varit inlagda vid enheten tidigare. Allt detta underlättade möjligheten att skapa en relation.

Att ledningen drev på

Ledningens engagemang var också viktigt. Trycket från ledningen hade gjort det svårt att glida undan, också för överläkare. *”Men sen tror jag att, åtminstone nu första tiden när man införde det här, så var det ett tryck från ledningen, och då är det svårt att glida undan även om du är överläkare”*, konstaterade en mentalskötare.

Att skapa och hålla i rutiner

Det är en sak att initiera och för en kort period driva en förändring. Det är en annan att få det att fortleva i verksamheten. Här pekade de intervjuade på att envetenhet via tjat var centralt. Det var också nödvändigt att skapa rutiner. Rutiner hade exempelvis skapats för att kalla anhöriga, men alla gjorde det inte ännu utan en process för att driva igenom det pågick.

Försvårat införandet

De som intervjuades vid Psykosenheten pekade även på hinder i processen mot PCV. Det genomgående budskapet var dock att även om det hade krävts en hel del arbete så hade de flesta av dessa hinder hanterats.

Motstånd hos personalen mot att ta med patienterna i vården

Ett hinder var motstånd från personalen mot att involvera avdelningens svårast sjuka patienter i vården. Vissa hade varit frågande inför utrymmet i lagen om psykiatrisk tvångsvård att införa PCV. Att låta patienten ta del av journalen ifrågasattes också. Journalen var personalens arbetsverktyg. Hur skulle man formulera sig om patienten fick läsa? Personcentrade ronder där patienten fick delta hade även det mött en del motstånd. Det var redan så många personer närvarande vid ronderna och om patienten var där kunde man inte tala om vad som helst, var två argument som hade förts fram.

Att delar av personalen kände osäkerhet kring hur man skulle samtala med svårt sjuka patienter hade utgjort ytterligare ett hinder. Det ledde till att personalen sköt upp samtal med patienten och att man argumenterade för att vissa patienter var för svårt sjuka för att delta i vårdplanering eller ronder.

Ett konkret problem vad gällde samtal med patienter var att många av dem hade utländsk härkomst. Det skapade svårigheter på grund av kulturella skillnader, bristande kunskaper i svenska, men också i vissa fall följdverkningar av krigsskador och dylikt. Stöd från en krigs- och traumaenhet kombinerat med tillåtelse att använda tolkar närhelst det behövdes, t ex när en vårdplan skulle skrivas, hanterade dock detta problem.

Motstånd mot att göra patienter och anhöriga delaktiga i vården

Enligt de intervjuade var det framför allt två personalgrupper som särskilt ifrågasatte möjligheten att skapa delaktighet i vården för patienter i allmänhet och svårt sjuka patienter i synnerhet: Vårdpersonal som inte gått utbildningen och kände osäkerhet, och läkare.

Läkarnas motstånd hade flera källor. Någon gav uttryck för att det lät bra med PCV, men att det väl ändå skulle bli som förut. Många läkare ansåg att de redan arbetade personcentrerat. Vissa intervjuade pekade även på att PCV ledde till en maktförskjutning som gav läkare mindre inflytande. Ett konkret exempel var att läkarna var vana vid att slippa boka samtalsrum i förväg. PCV ledde dock till så

många möten att tid och plats för samtal måste planeras i förväg av alla. Läkarna som grupp hade också initialt varit mest tveksamma till att patienterna skulle vara med på rondan, men här hade man ändrat sig när man väl försökt.

Det partnerskap som ska byggas i PCV ska inte bara involvera patienten. Även närstående ska engageras i vården. Här fanns två hinder. Vissa patienter ville inte ha med anhöriga – då kunde man inte köra över dem. Ett större hinder var rädsla hos personalen för att få kritik från närstående. Det ledde bland annat till att kontaktpersoner inte kallade familjen och patientens övriga nätverk. För att hantera detta hade avdelningen satt in processtöd i form av ett antal sjuksköterskor och mentalskötare som antingen gav handledning inför eller deltog i det första samtalet.

Svårighet att hålla kontakt med öppenvården

Många patienter hade haft en lång och omfattande kontakt med den psykiatriska vården. En del av det nätverk som fanns runt patienten var därför öppenvården och det var viktigt att snabbt få med dem i vården av patienterna. Här hade det funnits två hinder. Dels fanns begränsningar på grund av att öppenvården var inbokad på andra patienter, dels var öppenvårdsmottagningarna geografiskt mycket spridda. De hindren hade dock hanterats bl a genom att införa videosamtal där vårdteamen vid båda enheterna kunde mötas och tala med varandra. Att ha med patienten i dessa samtal hade man inte prövat. Argumentet var att eftersom många patienter hade en upplevelse av att vara övervakade fanns risken att videosamtal skulle förvärra detta.

Gamla journaler

Gamla journaler var en annan potentiell källa till information. En intervjuad med lång erfarenhet från andra delar av vården menade att ett hinder mot att använda dem var att journalen traditionellt setts som personalens arbetsverktyg. Det avspeglade sig i sättet att formulera sig, till exempel i val av ord. Därigenom riskerade man både att få en snedvriden bild av patienten och att patienten tog illa upp.

Ledningens engagemang

Ledningens engagemang ansågs vara en viktig framgångsfaktor, men det fanns olika uppfattningar om hur omfattningen på detta engagemang hade varit och borde vara. En intervjuad menade att ledningen hade varit tillräckligt pådrivande under hela processen. Någon annan ansåg att man för tidigt hade lämnat hela ansvaret till den operativa verksamheten och att man hade kunnat delta mer aktivt i diskussioner om t ex hur resursproblem och vakanser skulle hanteras. Alla intervjuade betonade dock det positiva i att den operativa personalen själva fått utveckla Psykosenhetens PCV.

Oro för framtiden

De hinder som hade uppstått fram till att intervjuerna gjordes verkade i hög grad ha hanterats. Däremot fanns en oro för framtiden. Dels uttrycktes oro för ledningens fortsatta engagemang, dels en oro för att man skulle tappa det nya arbetssättet när ny personal kom in, när arbetet var särskilt tungt eller när det var semestertider. Hur skulle man få med ny personal som inte varit med i processen? Här saknade man än så länge rutiner, men en lärgrupp höll på att arbeta med frågan.

Verksamhets- område Medicin i Västregionen

7.1 Hur uppfattades PCV i Västregionen?

En del i en sedan länge pågående utveckling

I stort sett alla respondenter i Västregionen beskrev såväl utvecklingen mot PCV i allmänhet, som GPCC:s modell i synnerhet, som en del i en redan pågående utveckling. Vissa talade om PCV som en del i en bredare utveckling på nationell och internationell samhälls- och policynivå. Möjligheten att välja vårdgivare, rätt till second opinion vid allvarliga sjukdomar, den nya patientlagens betoning på patientens rätt till delaktighet i beslut om sin vård och utveckling mot E-hälsa med krav på att journalen ska tillgänglig för patienten, är några exempel som togs upp. Till utvecklingen på samhällsnivå kan också föras ett vanligt påpekande om att PCV drivits fram av att patienter blir mer och mer pålästa och ställer högre krav på att få delta i beslut.

Verksamhetsutvecklare relaterade även PCV till en vetenskaplig utveckling av vården och vårdens organisering. Till den utvecklingen hörde akademisering av sjuksköterskeutbildningen och framväxten

av omvårdnadsteori, organisatorisk utveckling av sjukvården, bland annat kvalitetsrörelsens fokus på tjänsteleveranser med kunden i centrum, och systemteorins syn på vårdmötet som inbäddat i ett större system där hänsyn måste tas till många aspekter av patientens behov. All denna utveckling menade en verksamhetsutvecklare kunde sammanfattas i att *"one size does not fit all"*.

En koppling som alla intervjuade gjorde var den mellan PCV och den lokala vård- och verksamhetsutveckling som länge hade bedrivits inom Västregionen. En intervjuad sammanfattade denna samstämmiga uppfattning och gav några exempel på lösningar som hade införts:

Det är egentligen inte någonting här som startat efter att GPCC började jobba med oss, om jag ska vara riktigt ärlig. Passion för livet startade väl 2003, Äldrenätverket 1997, egendialysen för 5 år sen, patientstödjare har funnits i 3 år, ERAS [Enhanced Recovery After Surgery] startade vi för två år sen och så vidare.

Två lokalt utvecklade lösningar nämndes av i stort sett alla intervjuade: Äldre-nätverket och Egendialysen. Äldrenätverket var ett lokalt utvecklat samarbete där kommuner, primärvård och slutenvård samverkade runt komplexa patienter. Nätverket initierades i slutet av 1990-talet. Under senare år hade patientens delaktighet i nätverket betonats mer och mer. Egendialysen beskrevs som ett paradexempel på personcentrerad vård, där patienten styr vården, är expert på sig själv och sin egen sjukdom medan personalen assisterar på patientens begäran. Egendialysen initierades vid mitten av 2000-talet av en sjuksköterska som ett svar på en patients önskan om att få ta större del i sin behandling. Via ett stort engagemang som bland annat hade krävt diskussioner med Socialstyrelsen angående rättsliga aspekter vid delegation av vård till patienten, hade en enhet för egendialys med egna lokaler bildats, dit patienter som önskade kunde få ett passerkort för att sköta sin dialys själv, närhelst på dygnet man önskade.

Många andra lokala utvecklingsprojekt kopplades till idén om personcentrerad vård: patientdagböcker, mobila geriatriska team,

patientmedverkan i processutveckling, caféer där patienterna bjöd in experter och ett flertal projekt som alla syftade till att öka patienters delaktighet i sin vård. Anställning av erfarna patienter som patientstödare och en mångfald av utbildningar kring t ex patientkommunikation var andra exempel. *"Tillsammans skapar vi hälsa" är slogan för det medicinska verksamhetsområdet. Det passar ju bra med det GPCC står för. Det kan ge draghjälp att inkludera patienten"*, så summerade en klinikchef kontentan av att Västregionen redan var på god väg mot, och i viss mån redan sysslade med, PCV. Vad hade då Implement tillfört? I den diskussionen skilde de intervjuade inte mellan GPCC och Implement. Vi använder därför beteckningen GPCC/Implement.

7.2 GPCC/Implements bidrag

Nya begrepp

Ett bidrag från GPCC/Implement som togs upp av många intervjuade var introduktionen av nya ord och begrepp som summerade och gav skjuts åt idéer som redan fanns i verksamheten men som man inte "fått ihop". *"Det är en idé som redan finns, som vi har utvecklat lokalt. GPCC ger ett koncept"*, menade en klinikchef. *"Vi har haft ett antal punkter som ligger nära PCV. Vi har menat samma sak, men vi har inte haft begreppet"*, menade en annan. *"Det här pågick före GPCC, men vi hade inte riktigt fått ihop det. Där kom GPCC in"*, konstaterade en tredje.

En förändring syn på patienten

Ett andra bidrag var en förändring i synen på patienten, särskilt i jämförelse med sjukvårdens traditionella syn, men också i relation till det arbete som redan pågick i Västregionen. Det fanns olika tolkningar av vad detta nya synsätt innebar. En tolkning var att GPCC-modellen betonar patientens ansvar för sin vård. En klinikchef

förklarade att man måste klargöra för patienterna vad de kan förvänta sig av sjukvården, att t ex tydliggöra för patienten att "Du är här för akuta problem, inte en helkroppsundersökning". En chefsjuksköterska menade att det handlade om att komma överens med patienten, t ex om att "när du ligger här ska du bädda din säng, gå ut i dagrummet och äta dina måltider, kaffe finns på de här tiderna". Några intervjuade gjorde en koppling mellan patientens ansvar och RAK (Rätt använd kompetens), en idé som förordar att den i vårdteamet som är bäst lämpad att utföra en uppgift ska vara ansvarig för den. Genom att ge patienten ökat ansvar kunde man spara resurser och öka vårdens kvalitet. Till exempel kunde patienten via ökad kunskap om och ansvar för sin behandling bidra till ökad patientsäkerhet.

Vanligare än att betona patientens ansvar, var att de intervjuade ansåg att personcentrering handlade om att ge patienten ökat inflytande över sin behandling. Några förklarade att det handlade om att ge patienten möjlighet att välja mellan de behandlingar som sjukvården erbjöd. De flesta talade dock om ökad delaktighet. En sjuksköterska förklarade:

Det handlar om att våga ta med patienten som en, ja ska man säga partner eller vad man ska säga? Alltså, att patienterna blir väldigt delaktiga. Det är det som är meningen.

Att göra patienten delaktig relaterades till att föra en dialog med patienten, att verkligen lyssna till patienten och men också att respektera patientens val.

Sen är kanske patientcentrering att man ska vara ännu mer lyssnande efter vad du kan, vad du vill, vad du har för mål med din vård? Som man säger, vad vill du att vi ska hjälpa dig med under den här vårdtiden?

GPCC-modellen betonar inte bara personcentreringens filosofi. Den förordar också ett antal verktyg för att nå dit. I Västregionen förekom referenser till dessa verktyg.

Personcentreringens verktyg

Skriftliga överenskommelser och dokumentation

Krav på skriftliga överenskommelser och dokumentation, inledde några operativt verksamma sitt svar på frågan vad Implement hade bidragit med.

Den stora skillnaden nu är att man ska skriva avtal med patienten. Då [på 90-talet när man höll på med patientnärmre vård, KF] gjorde man en muntlig överenskommelse, men nu ska det vara dokumenterat allting.

Även verksamhetsutvecklare menade att en central del i GPCC:s modell var dokumentation. Verksamhetsutvecklarna arbetade därför med att få IT-funktionen att lägga in moduler för patientens berättelse och mål i systemet. Vid den första intervjuomgången framstod det som ett på kort sikt svårgenomfört projekt, men när vi återkom för uppföljande intervjuer ett halvår senare hade nya moduler redan införts. Användningen hade dock inte kommit igång.

Personcentrerade frågor och ankomstsamtal med hela vårdteamet

Att ställa personcentrerade frågor och att hela vårdteamet skulle vara med vid ankomstsamtalet beskrevs av några intervjuade som en nyhet. Flera vårdenheter arbetade med att försöka åstadkomma detta. Att samla hela vårdteamet var ett problem främst på grund av att läkares och sjuksköterskors scheman inte var koordinerade. Den enhet som verkade ha kommit längst var onkologen. Här hade man på eget initiativ, utan inblandning av Implement, infört ankomstsamtal med personcentrerade frågor. Arbetet leddes som ett ST-projekt och utvärderades. Läkarna var mycket positiva. Enkäter hade delats ut till patienterna. Svaren visade att patienterna var nöjda. Men svarsfrekvensen var låg. Dessutom hade man gjort en enkätundersökning 1,5 år tidigare angående patienters upplevelse av delaktighet och tillgång till information. Den undersökningen hade visat att patienterna redan då var nöjda.

Personcentrerade frågor är en central del i GPCC-modellen. En verksamhetsutvecklare påpekade att vikten av att fråga "What matters for you?" i stället för "What is the matter?" hade betonats tidigare både av forskningsinstitut som IHI (Institute for Health Improvement), och lokalt i utbildningar inom Västregionen. Men genom att GPCC-modellen gjorde frågorna till en del av såväl ankomstsamtalen som ronderna, hade personalen rutinmässigt börjat ställa dem. Detta var ett viktigt bidrag från GPCC/Implement.

Personcentrerade ronder

Den PCV-orienterade aktivitet som flest enheter hade börjat arbeta med var personcentrerade ronder. Också här låg onkologen långt fram. Ett rondblad hade utvecklats där man skrev in planering av behandling och vårdtid. Rondbladet uppdaterades allteftersom och man rondade vid behov, inte av slentrian. Anhöriga uppmuntrades att vara med på ronderna, men patienterna förde sin egen talan och ett blad med plats för frågor hade utvecklats. Patienterna fick också välja om de ville ha denna typ av rond. Försöket fungerade "så där". Dels hade man mött problem med de personcentrerade frågorna, dels var effekterna svåra att utvärdera.

Även kardiologen hade infört personcentrerad rond. Försöket hade slagit väl ut. Man använde det underlag som onkologen hade utvecklat och erfarenheterna var positiva. Patienterna styrde samtalet och gick när de uppfattade att de var klara. Ibland tog det lång tid, men då upplevde man att patienten behövde det. Man var nu i "hålla-i-fasen". Rondambassadörer hade utsetts vars uppgift var att påminna om det nya arbetssättet. Nästa steg var att förbättra dokumentationen av ronderna. Också Urologen hade infört personcentrerade ronder. Där upplevde man att rondningen hade blivit effektivare.

PCV utan GPCC

Det är viktigt att notera att effekterna av Implements utbildning på aktiviteterna ovan inte är helt klart. Varken Urologen eller Onkologen, som båda infört personcentrerade ronder, hade deltagit i Implements utbildning, utan arbetet hade initierats på lokalt initiativ. Dock hade man läst material och också tagit in föreläsare från GPCC. Utvecklingscentrets verksamhetsutvecklare hade också haft tidigare kontakter med forskare vid GPCC.

Västregionens vårdenheter såväl som Utvecklingscentret hade också hämtat kunskap och inspiration från andra källor än GPCC:s modell. Utvecklingscentrets långvariga arbete i riktning mot personcentrering har redan diskuterats. Inom den operativa vården hade Urologen infört en vårddagbok för patienter. Idén kom från Ortopeden. Vårddagboken innehöll information och saker att tänka på utifrån patientens egna perspektiv. På Onkologen hade man arbetat med att kombinera PCV med vårdpreventivt arbete genom att informera patienten om vad som väntade och förväntades av dem för att t ex undvika infektioner. På IVA hade man en uppföljning efter vårdtiden då patienterna ofta inte kom ihåg vad som skett under vistelsen. En tavla med foton på patienten och hans/hennes anhöriga hade också införts. Idén hade en medarbetare fått under ett besök på en intensivvårdsavdelning i USA.

Slutligen ska nämnas att personcentrerade ronder – som tycks ha varit den aktivitet som flesta enheter hade prövat – inte är någon av de tre rutiner som särskilt betonas av GPCC.

7.3 Möjligheter respektive hinder för införandet av PCV i Västregionen

På samma sätt som tolkningarna av vad PCV var varierade mellan de intervjuade, fanns det olika uppfattningar om vad som utgjorde hinder respektive skapade möjligheter att införa PCV.

Underlättat införandet

Att man såg positiva effekter

Personcentrerade ronder var en förändring som med framgång hade prövats på flera avdelningar. En viktig pådrivande faktor var att man såg positiva effekter. Personcentrerade ronder hade sparat tid både på grund av att man rondade patienter utifrån behov och på grund av att sjuksköterskorna kunde göra klar sin dokumentation under själva rondan. Några läkare hade varit tveksamma, men ändrat sig när de väl prövat. Teamarbetet hade stärkts på grund av att all personal, inklusive undersköterskorna, deltog i rondan. Även patienterna var nöjda.

Möjlighet att spara resurser

En annan möjlighet som flera intervjuade såg med PCV var att ett ökat ansvar hos patienten kunde spara resurser. Dels kunde patienten ta hand om vissa uppgifter – här gjordes ofta en koppling till det pågående projektet RAK. Dels kunde patienten bidra till att spara resurser genom att vården fokuserade på att göra det som patienten önskade, i stället för att göra allt som var möjligt. PCV kunde alltså ge ett bidrag till vårdens nödvändiga prioriteringar.

Skarpa frågor som rutin

”Skarpa frågor” var ytterligare ett bidrag. Det var inte bara frågorna i sig som var viktiga. Liknande frågor hade utvecklats av andra forskare och policyaktörer och i viss mån drivits inom utbildningar som hade getts i Västregionen. Men genom GPCC/Implement gjordes frågorna till en grund för ankomstsamtalen, och mer allmänt för dialog med patienterna. Det var endast en person, en verksamhetsutvecklare, som explicit betonade bidraget skarpa frågor, men i ett flertal andra intervjuer framgick att frågorna hade börjat användas i praktiken och att de var uppskattade.

Vetenskaplig legitimitet

Ytterligare ett bidrag som många refererade till var den vetenskapliga legitimitet som GPCC:s forskning förde med sig. Detta var särskilt viktigt i relation till läkarna som annars gärna avfärdade nya verksamhetslösningar. De besparingar som hade påvisats i GPCC:s forskning var också viktiga. De positiva effekterna av Självdialysen hade visserligen varit lika goda påpekade några intervjuade, men utan vetenskapliga studier och artiklar var det svårare att få acceptans och spridning.

Tryck från ledningen

Att Västregionens politiska ledning hade beslutat att PCV skulle införas sågs som ännu en pådrivande faktor som skapade tryck, inte minst mot läkarna. Att ha stöd från ledningen sågs också som viktigt för att anställda, särskilt sjuksköterskor, skulle våga släppa en del av ansvaret och inte känna behov av att styra och kontrollera patienterna.

Omorganisationer skapar nystart

I Västregionen gjordes en första intervjuomgång i samband med Implements utbildning. Vid de uppföljande intervjuerna ett drygt halvår senare hade flera omorganisationer genomförts. Medicinklinikerna vid tre sjukhus hade förts samman till Verksamhetsområde Medicin. Avdelningar hade lagts ned och förts samman. Ett par intervjuade menade att dessa omorganisationer hade haft positiva effekter för ökad personcentrering. Att Implement anlätades berodde delvis på att man ville föra samman Verksamhetsområde Medicin. Strukturförändringen från sjukhusbaserade kliniker till ett medicinskt verksamhetsområde hade tvingat med läkarna på resan mot personcentrerad vård. Sammanslagningar mellan avdelningar som gjorts parallellt med Implements utbildning gav möjligheter att utveckla nya, mer personcentrerade rutiner och arbetssätt. Det gällde särskilt vissa avdelningar som låg efter i utvecklingen mot ökad personcentrering. Men omorganisationerna skapade också stora hinder (se vidare nedan).

Försvårat införandet

Omorganisationer tar tid

Under det dryga halvår som passerade mellan de första och uppföljande intervjuerna i Västregionen hade vissa konkreta förändringar i riktning mot PCV skett. Några avdelningar hade infört personcentrerade ronder, andra planerade att göra det. Försök hade gjorts med personcentrerade ankomstsamtal. Ett nätverk för personcentrerad vård hade bildats där representanter från avdelningar från olika kliniker träffades för att utbyta erfarenheter. Journalsystemet hade modifierats för att kunna föra in och söka på anteckningar om patientens berättelse och mål. Men flera intervjuade påpekade att man inte kommit så långt som man hade planerat. En förklaring var att de omfattande omorganisationer som genomförts krävt mycket arbete för att föra samman olika vårdkulturer och koordinera existerande administrativa system och rutiner.

Personalomsättning

En omfattande personalomsättning och personalbrist, särskilt vad gällde sjuksköterskor var ännu ett hinder för att realisera PCV. På väg till ett möte med nätverket för personcentrerad vård där representanten för en avdelning just meddelat att hon inte hade tid att komma, konstaterade en verksamhetsutvecklare att *”om det inte finns tid att komma till ett möte på en timme för att utbyta erfarenheter med andra avdelningar av att införa PCV, hur ska man ha tid att arbeta för det i praktiken?”*.

Att personcentrerad vård kräver ett personcentrerat team

De avdelningar som prövat personcentrerade ronder var allmänt positiva, men det hade funnits svårigheter att komma över. På en avdelning upplevde undersköterskor ökad tidspress på grund av deras nya uppgift att hämta patienterna till rondan. Vissa läkare hade varit tveksamma. De var ofta personcentrerade i det enskilda mötet med en patient, man hade svårare att inse och acceptera vikten av att arbeta i team. När läkare väl deltog i personcentrerade ronder försvann dock den tveksamheten. Problemet var att få med dem.

Svårigheter att samla teamet

Personcentrerade ankomstsamtal hade varit svårare att få till än ronder. För att en vårdplan och en överenskommelse med patienten skulle kunna utformas vid ankomstsamtalet krävdes en kvalificerad medicinsk bedömning. Det förutsatte att en specialistläkare var närvarande. Men att samla hela vårdteamet var svårt och ett huvudproblem var schemaläggningen. Överläkarna hade många andra arbetsuppgifter, bland annat öppenvård. De ansvarade för flera avdelningar och deras scheman koordinerades inte med övrig vårdpersonal. Diskussioner hade förts kring hur detta dilemma skulle lösas. Ett förslag var att justera förläggningen av läkarnas öppenvårdsmottagningar, men det var inte oproblematiskt att göra sådana genomgripande förändringar. Ett annat problem var att ankomstsamtalet måste anpassas till olika patientgrupper för att fungera. Vissa patienter var redan inskrivna, andra var där för planerade ingrepp.

Standardfrågor kräver modifiering

Att ställa personcentrerade frågor hade också skapat vissa initiala svårigheter på flera avdelningar. På Onkologen och Kardiologen hade man inledningsvis ställt tre frågor vid ankomstsamtalet: ”Varför söker du vård?”, ”Hur påverkar dina besvär ditt dagliga liv?” och ”Vad har du för mål med vistelsen?”. Frågorna hade väckt både förvåning och irritation hos patienter som hade kallats till avdelningen för att genomgå en planerad åtgärd. Frågorna hade inte heller fungerat när patienter kom till avdelningen från akuten där de redan skrivits in. En gemensam lärdom var följaktligen att dessa standardfrågor, som man hade hämtat från GPCC-modellen, måste anpassas till olika patientgrupper.

Svårigheter att utvärdera effekter

Att se synliga positiva effekter av personcentreringen var en framgångsfaktor. Däremot hade försök att göra mer systematiska utvärderingar stött på hinder. På onkologen hade en enkät lämnats till patienterna kring de gemensamma ankomstsamtalen.

De patienter som svarade var nöjda, men svarsfrekvensen var låg och patienterna hade även varit nöjda i tidigare enkätundersökningar.

Svårigheter att dokumentera

Enligt GPCC-modellen ska patientens berättelse, önskemål och gemensamma överenskommelser dokumenteras och vara tillgängliga för alla berörda. Ett hinder var frågan var den dokumentationen skulle läggas. Olika avdelningar hade testat olika lösningar, alltifrån separata papper till anteckningar i avdelningens daganteckningar. Vid tidpunkten för de uppföljande intervjuerna hade en modifiering av journalsystemet precis genomförts, som skulle göra det möjligt att lägga anteckningarna där.

Svårt att släppa ansvar till patienten

Samtidigt som ambitionen fanns att öka patienternas ansvar och insats i vården, pekade flera intervjuade på att var svårt för många i personalen. Särskilt äldre läkare hade svårt att släppa in patienten som en jämlike. I deras fokus på att bota och lindra ingick inte den biten. För sjuksköterskorna verkade ett större problem vara rädsla för vem som var ansvarig om något gick fel när delar av behandlingen delegerats till patienterna. Enkla praktiska uppgifter, som att torka av sängbordet, kunde också vara svåra för vårdpersonalen att släppa eftersom man uppfattade att den servicen ingick i ens yrke.

Svårt acceptera människors livsval

En verksamhetsutvecklare menade också att även den vårdpersonal som var positiv till att ge patienten stort inflytande hade svårt att *”fullt ut acceptera människors egna livsval. Hur fel du än tycker att de har.”* Andra intervjuade nämnde också att ett hinder var att personalen blev väldigt irriterad när patienten inte gjorde det som personalen ansåg var bäst för deras hälsa, t ex smygfylld på vattenglas trots att man led av hjärtsvikt.

Vetenskaplighet

Att GPCC hade bidragit med vetenskaplig legitimitet beskrevs av många intervjuade som ett stort bidrag som underlättade arbetet mot PCV. Några intervjuade pekade dock på att det fanns negativa effekter med detta vetenskapliga fokus. Utvecklingen av nya ord och tydliga definitioner var ett exempel. Ett hinder som flera intervjuade berörde var att så många begrepp hade kommit och gått inom sjukvården. En läkare som var uttalat avvaktande till PCV räknade upp några exempel: *"Vi har haft QUL, Lean, Patienten i centrum, Patienten i flöden och processer". För närvarande hade "Stockholm värdebaserad vård, Göteborg personcentrerad vård..."*

En verksamhetsutvecklare, som i grunden var positiv till och arbetade aktivt för att öka PCV, såg också problem med introduktionen av nya begrepp inom sjukvården. Många läkare var "allergiska" mot nya ord och slog bakut när nya termer och akronymer introducerades. Detta bekräftades i intervjuerna med läkare. En av dem förklarade exempelvis att begreppen person och personcentrering var viktiga för GPCC på grund av deras betoning av personfilosofin, men för den praktiska vården var orden inte relevanta.

Ständigt nya ord kunde även skapa problem gentemot andra grupper än läkare. Exempelvis hade en enhet förklarat för en verksamhetsutvecklare att man inte kunde jobba med PCV eftersom man redan arbetade utifrån ett salutogent förhållningssätt. *"Men det är samma sak. Det handlar om att ta tillvara resurser, att stärka det friska"*, menade denna verksamhetsutvecklare. Samarbetet med patientorganisationer, patienter och närstående komplicerades också av flödet av nya ord som var svåra att förstå innebörden av. Begreppen personcentrerad vård och partnerskap skapade dessutom vissa specifika problem. Många läkare upplevde att sjuksköterskorna hade lagt beslag på begreppet personcentrerad vård. Och partnerskap associerade en del personer till kärleksrelationer.

Att ta fram och definiera nya begrepp var viktigt för forskare inom GPCC, menade en verksamhetsutvecklare, men när nya idéer skulle ut i den operativa vårdverksamheten fanns risken att fokus hamnade fel:

”Om man fastnar i en diskussion om ord, men man inte bryr sig om innehållet, då tycker jag att man är fel ute.”

Bristande flexibilitet

I relation till diskussionen om vetenskap kontra praktik ifrågasatte också denna verksamhetsutvecklare om det vettigaste sättet att använda begränsade resurser hade varit att låta ledningsgrupp och chefer gå en tre dagar lång utbildning för Implement. Visst var det, som Implement påpekade, viktigt att ha stöd från ledningen när man genomförde förändringar, men givet att den politiska ledningen hade beslutat att PCV skulle införas och att cheferna vid medicinkliniken redan var positivt inställda till PCV kunde resurserna kanske ha använts bättre. Ett par andra intervjuade gav uttryck för en liknande uppfattning när de pekade på att en stor utbildningsinsats för ledningen gav intryck av att Implement hade ett ”ingenjörsmässigt synsätt” på implementering. Det var i strid med Västregionens förändringsfilosofi, som är att börja i den operativa verksamheten och pröva sig fram via gradvist lärande. (Här bör påpekas att Implement modifierat sin utbildning sedan denna studie gjordes).

Även om omfattningen av insatsen varierade kraftigt hade GPCC och Implement haft en formell roll i arbetet med att införa personcentrerad vård både vid Psykosenheten och i Västregionen. Men personcentrerad vård och personcentrering är en bred rörelse och GPCC har inte monopol på och kontrollerar inte vare sig begreppets innebörd eller dess spridning. Detta avspeglas i de två kompletterande fallstudier som gjordes inom två verksamheter. I Östlandstinget hade två verksamhetsutvecklare sedan flera år drivit ett arbete för personcentrerad vård. I Storlandstingets primärvård kom begreppet personcentrering att kopplas till ett lokalt utvecklat förändringsprojekt.

Östlandstinget

Redan i början av 2000-talet satte den politiska ledningen i Östlandstinget upp mål för att åstadkomma radikala förändringar av befolkningens hälsa över drygt 20 år. Ett antal förbättringsområden identifierades, alltifrån inköp och fastighetsinvesteringar till hälsofrämjande insatser samt personcentrerad vård. Idén var att samordna alla förbättringsområdena i syfte att åstadkomma en samlad styrning och påverkan på hela sjukvårdssystemet. Men vissa förbättringsområden rann ut i sanden och någon samordning blev inte av. Personcentrerad vård var ett av de två förbättringsområden som blev kvar, men de två projektledarna flyttades från en mer central position i landstinget till att bli en del av kvalitets- och utvecklingsstaben.

När arbetet för personcentrerad vård startade inleddes det med att en expertgrupp med verksamhetsföreträdare, patientföreträdare, forskare och personer som arbetat aktivt med patientmedverkan tog fram ett antal utvecklingsområden för personcentrerad vård. En referensgrupp med patienter och brukare, både representanter för patientföreningen och ”vanliga” patienter, ingick. En allmän utlysning om att delta i projektet personcentrerad vård fick fem sökande enheter: två vårdcentraler, en kirurgmottagning, en lung- och infektionsavdelningen samt aktivitetsenheten vid en psykiatrisk enhet för tvångsvård. Under 2013/2014 genomfördes pilotprojekt vid dessa enheter, där ett gemensamt tema var ”ökad delaktighet hos patienterna”. Innehållet i pilotprojekten varierade. Detta varierande innehåll ger en illustration av vad personcentrerad vård var i Östlandstinget. En annan vinkel gavs av de två projektledarna.

8.1 Hur uppfattades PCV i Östlandstinget?

I Östlandstinget påpekade en av projektledarna att frågan om vad personcentrerad vård var spännande eftersom det inte finns någon definition. *”Jag har en harang som jag har låtit patienterna skriva ihop om ni vill ha den”*, förklarade hon. Framför allt handlade det dock om att se människan, att utgå från att inte se sjukdomen utan personen, och ta vara på patientens resurser. Det handlade med andra ord om att vara jämlik i utförandet av vården. Här låg ett av de största hindren, menade projektledaren: det hierarkiska system och den maktstruktur som impregnerade vården. Ett gott bemötande var inte detsamma som personcentrerad vård. Personcentrerad vård var inte heller att sätta patienten i centrum. Poängen var att göra patienten till en del av teamet och att ta vara på patientens resurser och kompetens.

En annan aspekt som betonades av båda projektledarna var den organisatoriska dimensionen. Personcentrerad vård handlade inte bara om det personliga mötet. Det krävdes att vården var organiserad för att göra detta möte möjligt. Som projektledare handlade personcentrerad vård i hög grad om detta. Att hitta sätt att ta tillvara patientens resurser i behandlingen, t ex via ökad egenvård, var också viktigt för att åstadkomma effektiviseringar. Ny, innovativ teknik var en annan del i att etablera personcentrerad vård. Vård var en tjänst, menade en av projektledarna, och tjänster ska vara anpassade till den person som nyttjar dem.

Ett uttryck för synen på vård som en tjänst var att man i Östlandstinget samarbetat med aktörer som sysslade med tjänstedesign. Exempelvis hade man gjort försök med en kortlek med frågor som stöd för patienten att formulera vad man undrade över. Kortleken kompletterades med lokalt framtagna pamfletter som tagits fram i samarbete med erfarna patienter, där den normala gången vid olika sjukdomar beskrevs. Kortleken och pamfletten hjälpte patienten att ställa för dem relevanta frågor, men den kunde också användas för att tala om svåra teman som kanske patienten inte riktigt vågade ta upp.

Att få vårdpersonalen att använda kortleken hade dock varit svårt. Den hade prövats vid några tillfällen och haft bra effekt när det var mycket för patienten att förstå och reda ut. Exempelvis så skenbart enkla saker som vilka yrkesroller som finns på en vårdenhet och vilka arbetsuppgifter de har.

Till de utmaningar man mött hörde, förutom de hierarkiska strukturerna, att läkare uppfattade personcentrerad vård som ännu ett buzzword som kom uppifrån. De var också många läkare som ansåg att de visste bäst hur en behandling skulle genomföras. Här hade projektledarna betonat att personcentrerad vård handlar om verksamhetsutveckling, inte medicinska frågor. De läkare som deltagit i pilotprojektet hade också ändrat uppfattning vartefter de själva kunde se att vården förbättrades.

Förändringströtthet inför att ställas inför ytterligare ett krav uppifrån om att införa ytterligare en ny organisationslösning var ett hinder också för acceptans bland andra yrkesgrupper. Samtidigt, menade en av projektledarna, hade det politiska beslutet om att införa personcentrerad varit en styrka. Viktigt där var dock huruvida det var ett pappersbeslut eller om beslutet var kopplat till resurser.

Ett annat dilemma var frågan hur lärdomar och erfarenheter från pilotprojektet skulle spridas. Detta var ett problem med alla projekt påpekade en av verksamhetsutvecklarna, att det utvecklas bra lösningar men när de ska in i den vanliga verksamheten fungerar det inte eftersom förutsättningarna i projektet är så speciella. Hon hade funderat på om checklistor och certifieringar kunde vara ett alternativ – ”gör ni så här är ni personcentrerade” – men personcentrerad vård handlade primärt om värderingar menade hon och de lät sig inte förmedlas på ett standardiserat sätt. Rutiner och verktyg var viktiga, men att införandet av sådana i sig skulle göra vården personcentrerad hade hon ingen förhoppning om. Korta videor på intranätet hade dock tagits fram, där den som ville kunde gå in och lära sig mer om personcentrerad vård.

Vid de två vårdcentraler som deltog i pilotprojektet hade man arbetat med att förändra sitt beteende, sina rutiner och sin organisation i syfte att släppa in och engagera patienterna i vården.

Vid en vårdcentral hade man genomfört övningar i att lyssna mer aktivt på patienten. Man hade också prövat att alltid starta patientmötet med frågan "Vad vill du ha hjälp med idag?" och ge patienten 3 minuter att tala utan avbrott. En "Vad bestämde vi"-folder hade också utvecklats i syfte att förbättra uppföljningen av vården för patienterna med hjälp av mer strukturerad information. I foldern kunde man kryssa i hur uppföljning med provsvar skulle ske, men det fanns också utrymme för mer utförliga beskrivningar av vad man kommit överens om, samt möjlighet för patienterna att skriva under på sin medverkan och sina åtaganden. Vid båda vårdcentralerna hade man genomfört uppföljande intervjuer och bjudit in patienter till patientråd. Patienterna var överlag positiva. Tidsbrist hade varit ett hinder. Likaså att många uppfattade att de redan arbetade personcentrerat. Projektet hade dock tydliggjort att det arbetet kunde bedrivas mer strukturerat.

Vid infektions- och lungkliniken hade man sett över sin mall för ankomstsamtal och upptäckt att frågorna gav lite utrymme för patienten att berätta om sin situation, utöver sin sjukdomsbild. Man la därför till ett antal mer öppna frågor, bl a "Vilka förväntningar har du på oss?", "Finns det något mer vi behöver veta om dig för att kunna ta hand om dig på bästa sätt?", "Vad behöver du hjälp med när du är här?" "Har du någon tidigare sjukhuserfarenhet?" och "Finns det någon som är beroende av din hjälp? Om ja, finns det någon annan som hjälper till med detta under din sjukhusvistelse?". Projektet hade uppfattats som mycket lärorikt. Personalen hade haft svårt att ta till sig det nya sättet att samtala. Patienter hade också känt sig obekväma med vissa frågor. Vissa frågor hade man fått formulera om. Och man hade lärt sig att inte ställa alla frågor vid ankomstsamtalet eftersom patienten hade mycket annat att tänka på precis vid inskrivningen. En projektledare berättade också att den personcentrerade mallen av oklar anledning inte längre användes vid enheten.

Vid aktivitetsenheten inom enheten för psykiatrisk tvångsvård hade målet varit att öka patientens delaktighet. En personlig mapp hade utvecklats där patienten kunde spara teckningar som han/hon gjort. Ett frågeformulär för att mäta patientens upplevelse av

delaktighet hade tagits fram. En patient hade deltagit i utvecklingsarbetet. Att möta patienten som en jämlike hade gett ett nytt perspektiv som hade varit tidseffektivt, ekonomiskt, inspirerande och utmanande. Att få vara delaktig och göra sin röst hörd hade också ökat patientens självkänsla. Samtidigt hade vissa initiativ enligt en av projektledarna lagts ned av oklara skäl.

Kirurgmottagningen hade fokuserat på att minska de onödiga besök och väntetider som den nuvarande vårdprocessen för en diagnos förde med sig. Förutom en effektivare vårdprocess var syftet att förbättra patientens känsla av delaktighet och att öka både patientens och en bredare allmänhets tillfredsställelse och tillit till vården, bl a via öppna hus där man kunde få en snabbkontroll av lindrigare besvär.

8.2 GPCC:s inflytande

De konkreta tolkningar som gjordes i pilotprojekteten av personcentrerad vård var som framgått väldigt varierande. De projekt som drevs inom primärvården kan beskrivas som förenklade och förkortade versioner av de ankomstsamtal och gemensamma överenskommelser som GPCC förordar. Vid infektions- och lungkliniken hade man infört ankomstsamtal med inspiration från GPCC, men man hade modifierat frågorna i flera omgångar och också beslutat att skjuta på vissa frågor från ankomsten till längre in under vårdperioden. Kirurgmottagningen verkar i hög grad ha fokuserat på att effektivisera patientens väntetider. Och vid den slutna tvångsvårdens aktivitetseenhet var en central del mappar till patienterna för att samla det de gjort. I alla pilotprojekt hade också patientråd och annat formaliserat deltagande av patientrepresentanter i utvecklingen av personcentrerad vård varit en viktig del.

Projektledarna betonade också det nödvändiga i lokal anpassning till den verksamhet som skulle införa personcentrerad vård. När man jobbar med begränsat med resurser så kan man inte göra allt, förklarade en projektledare. Att samla ett vårdteam vid varje möte med en patient i primärvården var t ex inte realistiskt.

Krav på anpassning till andra regler och lösningar, t ex att patienter som behövde hjälp både från landsting och kommun skulle ha en samlad individuell vårdplan (SIP), satte också begränsningar för vad som var realistiskt möjligt att göra.

Båda projektledarna verkade också vara överens om att det centrala var värdegrunden. Verktyg var viktiga, men utan rätt värdegrund hade ankomstsamtal eller hälsoplaner ett begränsat värde. Här betonade en projektledare att det handlade om relationsdelen, att man i vården arbetade med sig själv som redskap. Det gjorde den egna värdegrunden helt avgörande.

Slutligen, utifrån projektledarnas perspektiv verkade de uppfatta strukturerad mätning och utvärdering av effekter som en del av GPCC:s modell för personcentrerad vård. Här beskrev båda projektledarna de svårigheter man hade med att åstadkomma de mätningarna.

Det jag tyckte var svårt var att utvärdera vartefter [pilotprojekten pågick]. För som jag förstod det så gick man (GPCC) runt och frågade och utvärderade under forskningens gång och hade lite olika frågor som man ställde in med olika skalor för att mäta och kolla med patienterna vilken effekt man hade.

Vi har inte förstått hur vi ska mäta det, eftersom man inte hållit på med det så länge och det gör också att många blir kritiska, ...för det är svårt att visa mått och kvantifiera mått på att vi har gjort en förändring [mot PCV, KF]. Däremot så samlar vi upplevelser och beskrivningar över hur patienter upplever det.

Storlandstingets primärvård

Inom Storlandstingets primärvård hade man inte uttalat drivit något projekt för personcentrerad vård. Man jobbade med Värdelyftet, ett lokalt formulerat förändringsprojekt där personcentrerad vård sades ha kommit in. Fallet Storlandstinget illustrerar därför hur stora modifieringar och omtolkningar av populära organisationslösningar kan göras lokalt i organisationer.

9.1 Hur uppfattades PCV inom Storlandstinget?

I Storlandstinget intervjuades chefen för all primärvård, en läkare som precis lämnat sitt jobb som chef för en primärvårdsenhet och en projektledare vid en av Storlandstingets hälsomottagningar, där man tog hand om komplexa patienter med livsstilsrelaterade sjukdomar. Dessa tre personer gav olika beskrivningar vad personcentrerad vård innebär.

För verksamhetschefen kom personcentrerad vård in i det stora förändringsprojekt kallat Värdelyftet som hon hade initierat. Värdelyftet beskrevs som en implementeringsarena där medarbetare via dialogseminarier kunde ”ta ägarskap” i olika frågor.

Inledningsvis hade syftet varit att säkerställa att alla patienter vårdades i enlighet med de nationella vårdprogram som finns för hur olika tillstånd ska behandlas. För att åstadkomma detta hade arbete inletts med en kartläggning av patientprocessen fördelat på fem olika steg. I varje steg skulle det anges vem som skulle göra vad, vad patienten själv skulle göra, vad patienten alltid skulle informeras om, vad som alltid skulle mätas och vad som skulle skrivas in i patientjournalen. Under arbetet hade man, menade primärvårdens verksamhetschef, gradvis upptäckt att personcentrering, i betydelsen patienten som en del av och viktig aktör i teamet, utgjorde en nödvändig del av Värde lyftet.

En annan av de intervjuade förklarade att det nya med personcentrerad vård var, att medan man tidigare varit helt fokuserad på medicinska mått, exempelvis blodtrycket, så hade man inte haft kunskap om vad patienten kände eller vilken nytta man upplevde sig ha av en viss åtgärd. Det nya personcentrerade perspektivet handlade om att individanpassa, men också att lära sig samarbeta med alla dem som deltog i patientens vård.

Den tredje intervjuade i primärvården summerade innebörden av personcentrerad vård som att det handlade om att *”göra patienten medveten om målen vi har i sjukvården och få in patientens tänkande. ... Ta en astma-kol-patient till exempel. Deras största behov för att kunna ha ett bra liv är att få sova. Det kanske inte alls är att syresätta sig väl, utan kanske att bli av med sin ångest”*.

Till de hinder som de intervjuade såg för att införa PCV hörde att få patienten att *”ta ägarskap för sin sjukdom”*. Den hierarkiska kulturen organiserad utifrån medicinsk specialisering snarare än patientbehov, som också avspeglade sig i huvudmannens, dvs landstingsledningens organisering och finansiering av vård, var en utmaning. Tryck på att öka antalet primärvårdsbesök, tidsbrist och en hårt styrd arbetsdag där patientbesöken gick som på *”löpande band”* försvårade detta. Som en intervjuad uttryckte saken: *”Ska man lyckas med att hitta en personcentrerad vård så tar det ju tid. Det är sällan man hinner på en kvart att förstå vad det är. Så tanken är god, men det är inte så enkelt”*.

9.2 GPCC:s inflytande

Även om de intervjuade gav uttryck för uppfattningar som kan ses som ett personcentrerat förhållningssätt skiljer sig Storlandstinget från de övriga fallen i så måtto att man inte drev något explicit arbete mot PCV. På en direkt fråga hade de intervjuade i Storlandstinget en vag uppfattning om vad begreppet personcentrering innebar. Innehållet i GPCC:s modell, t ex de tre rutinerna var okända. På en öppen fråga svarade en intervjuad att hon trodde att GPCC betonade att när man kommer till vården så möter alla de resurser man behöver upp. Liknande lösningar menade hon fanns i Storlandstinget, bland annat ett diagnostiskt centrum där misstänkta cancerfall togs om hand av ett team. En annan intervjuad menade på frågan om man tog upp en patientberättelse att det hade läkare alltid gjort. *”Det är grunden för mötet med patienten”*. Att ställa öppna frågor, ha en öppen dialog, låta patienten berätta – det ingick i läkarprofessionen att ta reda på varför patienten sökte vård, och vilken hjälp patienten ville ha. Till det måste andra frågor ställas beroende på besvär, kön och ålder. Här fanns checklistor baserat på statistik om vilka besvär som skulle generera vilka frågor till olika patientpopulationer.

Representanten för hälsocentralen var inte heller bekant med GPCC:s modell. Den vårdprocess hon beskrev hade likheter med GPCC:s rutiner för ankomstsamtal, gemensam plan och dokumentation. Men olika professionella grupper förde separata samtal med och gjorde separata bedömningar av patienterna. Därefter träffades vårdteamet, exklusive patienten, för att göra en samlad bedömning. Först därefter fick patienten delta i arbetet med att ta fram en vårdplan. Samtidigt menade den intervjuade att patienten var en aktiv del av vårdteamet – något annat var inte möjligt när livsstilsförändringar var en central del i behandlingen.

Vad har underlättat respektive försvårat införandet?

I inledningen till den här rapporten pekade vi på att det råder oklarhet om vad personcentrerad vård innebär. En cynisk tolkning är att personcentrerad vård och personcentrering har utvecklats till ett ”catch-all for anything to do with high-quality health and social care” (McCormack 2015:2). De flesta forskare är dock överens om rörelsen för personcentrerad vård delar en strävan efter att erbjuda en vård som tar sin utgångspunkt i patienten som person och som har sin grund i principer om respekt för individen och ömsesidig respekt mellan professionella och patient. Vad som utöver det betonas skiljer sig mellan olika forskargrupper. I en rapport görs en uppdelning i tre varianter som inte ömsesidigt uteslutande. Skillnaderna handlar snarare om i vilken grad respektive tolkning prioriteras och betonas (Health Policy Partnership 2015).

En tolkning är att personcentrerad vård är en fortsättning och summering av en sedan länge pågående utveckling som omfattar mängder av idéer, metoder och verktyg som syftar till att vården ska inrikta sig på patientens behov och livssituation. En annan tolkning betonar partnerskap, ömsesidigt beroende mellan patient och personal, och vikten av tillit och respekt för den kunskap som respektive part besitter. För det tredje kan tyngdpunkten läggas vid den filosofiska, värderingsmässiga grunden i att se varje människa

som en person som tänker, känner, relaterar till andra och har ett socialt liv. Här är den enskilda personen ett mål i sig, inte ett medel för att tillfredsställa vårdens önskan om t ex optimala medicinska värden eller anpassning till en evidensbaserad riktlinje (Health Policy Partnership 2015).

De fyra fall som har presenterats här kan ses som en illustration av de olika varianter som nämnts ovan. De referenser som gjordes till personcentrerad vård i Storlandstinget illustrerar hur begreppet kopplas samman med diverse olika idéer och utvecklingsprojekt som på olika sätt syftar till god och högkvalitativ vård. Västregionen och dess Verksamhetsområde Medicin exemplifierar personcentrerad vård som en summering och fortsättning på en lång utveckling mot ökat fokus på patientens önskemål, behov och livssituation. I Östlandstinget lade verksamhetsutvecklarna särskild vikt vid den filosofiska, värderingsmässiga grunden. Inom Psykosenheten, slutligen, fanns också en stark betoning på den värderingsmässiga principen att se varje människa som en person, men i det konkreta arbetet stod införandet av praktiska rutiner i centrum. Givet så varierande tolkningar är det inte lätt att diskutera hinder respektive möjligheter att införa personcentrerad vård i allmänhet. I den fortsatta diskussionen bortser vi från Storlandstingets primärvård, som primärt illustrerar hur PCV som begrepp kan tas in i andra förändringsprojekt och ges en varierande innebörd där. Psykosenheten och Verksamhetsområde Medicin i Västregionen diskuteras först var och en för sig. I en avslutande komparativ analys kommer erfarenheter från Östlandstinget att föras in i diskussionen.

10.1 Psykosenheten

I intervjuerna vid Psykosenheten beskrevs PCV som ett unikt projekt, som hade lett till en förändrad syn på patienten. Patienten var en människa, inte en diagnos. Respekt för patienten som person var grundläggande. Det gällde även vid svåra akuta psykotiska tillstånd. Vägen till respekt gick via personalens förhållningssätt, men också

via ett antal konkreta verktyg som innebar att man tog del av patientens berättelse om sitt liv, sina problem och sina mål, gav patienten stöd i att vara delaktig vid utformningen av sin vårdplan, ökade delaktigheten vartefter patienten blev bättre och gavs valmöjligheter också i situationer där vårdpersonalen såg sig tvungna att agera mot hans/hennes vilja. I intervjuerna beskrevs ett antal faktorer som hade varit viktiga för att lyckas med den förändringen.

En central faktor var de stora resurser som hade lagts på att införa PCV. Resurserna hade möjliggjort omfattande utbildning av stora delar av personalen. Att en så stor andel av den operativa personalen fick gå utbildningen innebar en skjuts i utvecklingsarbetet och lokal kompetens att driva arbetet mot personcentrerad vård vidare.

De som fått delta uppfattade också GPCC:s omfattande utbildning som ett unikt och för att vården ”lyxigt” projekt, som ledde till personlig utveckling, lärande och en positiv upplevelse av att verksamheten verkligen satsade på sin personal.

Det hade också funnits resurser för operativ personal att arbeta med att utveckla och anpassa PCV till vardagspraktiken. Fördjupade vårdplaner, innovativa sätt att ta upp patientberättelsen, en strävan efter att få även svårt sjuka patienter att vara delaktiga i beslut om sin vård är några exempel på sådan lokal översättning av GPCC:s grundläggande modell för PCV. Utan dessa lokala översättningar hade knappast PCV enligt den modell som GPCC rekommenderar varit möjlig att införa.

Till resurserna hörde den omfattande tillgången till GPCC. Att projektet drevs av utomstående i stället för av ledningen uppskattades. GPCC:s coacher var ”fantastiska”. Inte minst hade deras stöd varit viktigt i arbetet med att hitta sätt att konkretisera och anpassa PCV till den lokala praktiken.

Att såväl ledningen för psykosvården som lokala chefer stödde projektet var en annan faktor som hade bidragit till utvecklingen av PCV. Några synpunkter framfördes om att den högsta ledningen kunde ha visat stödet än tydligare, men det uttrycktes inga önskemål om att ledningen skulle varit direkt engagerade i projektet. Tvärtom hade en framgångsfaktor varit att den operativa personalen själva fick

utveckla vad PCV innebar lokalt. Att personalen såg positiva effekter för patienterna, inte minst för personer som var akut sjuka i sin psykos, var ytterligare faktor som hade bidragit till viljan att arbeta utifrån PCV.

”Eldsjälar” framstod också som en framgångsfaktor. Viktigt här är att det inte handlade om en ensam person, utan flera personer med olika yrken och olika positioner: lednings- och chefspersonal, enhetschefer, sjuksköterskor, mentalskötare och läkare. Gemensamt för dessa var att man hade fått delta i GPCC:s utbildning.

Till de hinder som sades ha uppstått mot att införa PCV tycks det största ha varit tveksamhet från personalens sida att göra patienterna delaktiga i vården. Tveksamheten tillskrevs oro för att LPT-lagen satte alltför stora begränsningar i relation till den stora andel av patienterna som var inskrivna mot sin vilja. Tveksamheten tillskrevs också oro för möjligheten att diskutera fritt när patienter deltog i ronderna, uppfattningen att journalerna var personalens arbetsredskap, och allmän osäkerhet om hur man skulle samtala med patienter som var svårt sjuka om deras vård och önskemål. Att tala med anhöriga skapade också motstånd hos personalen. Här tycks rädsla för kritik ha varit en central orsak.

Tveksamheterna och motståndet var störst i två grupper: den personal som inte deltagit i utbildningen och gruppen läkare. Motståndet tog sig flera uttryck. Det förekom uttalad kritik och ifrågasättande, men ett vanligare motstånd tycks ha varit passivitet och bristande engagemang i arbetet med PCV, t ex att skjuta upp patientsamtal eller att sälla bland patienter och undvika dem som var svårast sjuka. En stor del av motståndet, särskilt från läkare, verkade dock ha försvunnit så snart man provat att t ex ha patienter med på ronderna.

Det hade också funnits hinder i form av språk- och kultursvårigheter i relation till vissa patienter och deras anhöriga, men det hade hanterats via utökade tolkresurser och genom att ta lärdom av en trauma- och krigsskadeenhet. Kontakten med öppenvården hade pga deras scheman och geografiska spridning utgjort ett hinder, men också detta hade man arbetat med, bl a genom att introducera videosamtal via länk.

Däremot uttrycktes en oro för framtiden, för att ledningens stöd skulle minska och för hur ny personal skulle introduceras i PCV. En lösning man jobbade på för att hantera det sistnämnda problemet var att utveckla rutiner, både för att bibehålla PCV-arbetsättet och för att ny personal skulle komma med i processen.

10.2 Verksamhetsområde Medicin i Västregionen

Vid Verksamhetsområde Medicin inom Västregionen beskrevs PCV som en del i en sedan länge lokalt pågående utveckling mot ökat inflytande av patienter i vården. Ett paradexempel var Egendialysen där patienten själv var expert på och styrde sin behandling medan personalen assisterade. Andra exempel som gavs på personcentrerade arbetsätt och projekt som sedan länge drivits inom Västregionen var Äldre-nätverket där patientens uppfattning och önskemål hade getts allt större vikt under åren, caféer där patienter bjöd in experter och medverkan av patientrepresentanter i utvecklingen av vårdprocesser. Det Implement presenterade vid sina utbildningsdagar för Verksamhetsområde Medicin, och GPCC mer allmänt förmedlat böcker, videopresentationer och föreläsare uppfattades av alla intervjuade som en fortsättning på ett inom Västregionen till stor del redan existerande arbetsätt, men även förhållningssätt till patienten. PCV i allmänhet och GPCC/Implements version i synnerhet ansågs dock ge vissa distinkta bidrag.

Ett bidrag var förhållningssättet till patienten där ökad dialog, ökat lyssnade på patientens uppfattning om sina behov och mål och ökad acceptans från sjukvårdens sida för patientens livsval beskrevs som utmärkande aspekter av PCV. Att patienten skulle ges och ta ökat ansvar för sin vård var ett annat exempel. GPCC/Implement hade även introducerat nya begrepp, såsom partnerskap. Introduktion av verktyg i form av skriftliga i stället för muntliga överenskommelser, ankomst-/inskrivningssamtal med hela vårdteamet, och personcentrerade ronder där patienten deltog uppfattades som ytterligare

bidrag från GPCC, liksom utformning av personcentrerade frågor för användning i ankomstsamtal och ronder.

Vid den tidpunkt som den här studien gjordes hade Västregionen påbörjat arbetet med att införa de verktyg som GPCC:s modell förordar. Vissa enheter hade framgångsrikt infört personcentrerade ronder. Gemensamma ankomstsamtal med skarpa frågor hade också prövats vid vissa avdelningar och klinker, men här hade man inte riktigt hittat formen. Dokumentation av patientens berättelse, gemensamt överenskomna vårdplaner och personcentrerade ronder hade hanterats på olika sätt vid olika vårdenheter. Nyligen hade en modifiering av Västregionens journalsystem drivits igenom av verksamhetsutvecklare, vilket gjorde det möjligt att föra in personcentrerade anteckningar.

Ett flertal faktorer ansågs driva på utvecklingen mot PCV. En var att konceptet utgjorde en del av den utveckling man redan arbetade mot. De begrepp och idéer som GPCC/Implement presenterade både summerade och drev på den utveckling som pågick i Västregionen mot en mer personcentrerad vård. De personcentrerade, skarpa frågor, som GPCC hade utformat var inte nya, men genom att göra dem till en del av ankomstsamtal och rond tydliggjorde man användningen. GPCC:s forskning var också viktig för att underlätta införandet. Dels gav den legitimitet åt arbetet för personcentrerad vård. Det var särskilt viktigt gentemot läkarna som annars gärna avfärdade arbete med att utveckla vården och verksamheten. Dels pekade forskningen på att PCV ledde till besparingar, vilket var en förklaring både till att Västregionen centralt beslutat att införa PCV och till att Verksamhetsområde Medicin anlitat Implement.

Att de försök som gjorts med personcentrerade ronder hade varit lyckade var en annan framgångsfaktor. Rondens uppfattades tidigare som en "tidstjuv". Införandet av personcentrerade ronder hade sparat tid genom att man bara rondade de patienter som behövde det och genom att sjuksköterskorna hann göra sin dokumentation under rondens gång. Några läkare hade varit tveksamma till att ta med patienterna men ändrat sig när de väl försökt. Teamarbetet hade stärkts. Och patienterna var nöjda.

Stöd från ledningen ansågs också vara viktigt. Det skapade tryck på läkarna att vara med i förändringen och det var nödvändigt för att sjuksköterskor skulle våga ge patienten ansvar för delar av sin behandling. Ytterligare en faktor som var en potentiell framgångsfaktor var sammanslagningen av avdelningar inom medicinområdet, eftersom det öppnade upp för att genomföra förändringar av arbetssätt och rutiner. Men omorganisationerna hade primärt skapat hinder. De personer som intervjuades vid Verksamhetsområde Medicin beklagade att man inte hunnit längre med det verkliga införandet av PCV. Huvudförklaringen var den tid och de resurser som hade krävts för att hantera de samtidiga omorganisationerna. Omfattande personalbrist och personalomsättning, särskilt bland sjuksköterskor var en annan förklaring.

Intervjuerna i Västregionen genomfördes vid två tillfällen, i samband med Implements utbildningsdagar och ett halvår senare. Vid den avslutande intervjuonden hade som nämnts några avdelningar infört personcentrerade ronder och i viss mån ankomstsamtal. Flera av avdelningarna hade drivit detta på lokalt initiativ före och oberoende av Implements utbildning. Flera avdelningar ingick inte heller i Verksamhetsområde Medicin. Verksamhetsutvecklarna vid Utvecklingscentret hade startat ett nätverk för enheter som arbetade med PCV. Stöd hade getts vid organisationsdagar för olika enheter, där PCV varit ett fokus. De hade också drivit på en modifiering av journalsystemet. Mycket av det som skett hade följaktligen inte drivits enbart inom Verksamhetsområde Medicin, utan var en del i den centrala verksamhetsutvecklingen och arbetet vid andra kliniker inom regionen.

Ett hinder var läkarna. De hade svårt att se att PCV krävde att alla professioner samverkade och att hela verksamheten förändrades. De läkare som hade prövat tycks emellertid ha ändrat sin attityd. Vidare var det inte bara attityden som skapade problem. Läkarnas schemaläggning och att specialistläkare inte arbetade enbart inom en avdelning, utan hade många andra arbetsuppgifter, skapade också hinder, särskilt för personcentrerade ankomstsamtal eftersom närvaro av specialistläkare krävdes för att man skulle kunna komma överens med patienten om mål för och genomförande av vården.

Att de personcentrerade frågorna för att fungera praktiskt måste anpassas till olika patientgrupper och verksamheter skapade också vissa stötestenar. Detsamma gällde frågan var personberättelser och överenskommelser skulle dokumenteras. Eftersom journalsystemet dittills inte hade varit möjligt att använda hade man fått söka egna ad hoc-lösningar.

Det hade också funnits motstånd mot att patienten skulle ta ett ökat ansvar för sin vård. Läkare, särskilt de äldre, kunde ha svårt att släppa in patienten som en jämlike. Sjuksköterskor var obekväma med att lämna ansvaret till patienten pga rädsla för vem som skulle stå ansvarig om något gick snett, rädsla för att förlora sin yrkesfunktion och pga att man såg sjuksköterskeyrket som ett serviceyrke. Ytterligare ett dilemma var att sjukvårdspersonal generellt hade svårt att acceptera patientens livsval när dessa inte sammanföll med vårdens ambition att patienten skulle må bättre medicinskt.

De nya begreppen och GPCC:s vetenskapliga fokus var ett annat hinder. Ständigt nya koncept var svåra för såväl vårdpersonal som patienter och anhöriga att förstå, risken var att man fastnade i begreppsdefinitioner i stället för att se till innehållet. Läkare tenderade också att vara allergiska mot nya ord. Begrepp som person var viktiga för GPCC eftersom man utgick från personfilosofi, men för praktiken sågs det som mindre relevant. Partnerskap kunde missförstås eftersom det har en etablerad innebörd av kärleksrelation.

Förutom betoningen av vissa begrepp var några kritiska till GPCC/Implements inställning att lägga så mycket av begränsade resurser på att utbilda ledningen. Ledningens stöd var viktigt, men såväl Västregionens politiska ledning som den lokala ledningen var redan positiva till att införa PCV. Att enbart fokusera utbildningen på ledningen kunde dessutom skapa en bild av en ingenjörsmässig implementering. Givet Västregionens långvariga grundinställning och erfarenhet av att förändringsarbete ska drivas nedifrån-upp på lokalt initiativ, kunde man visserligen hantera detta med hjälp av lokalt utvecklingsstöd. Men det fanns ett visst ifrågasättande mot bristande flexibilitet hos GPCC/Implement i metodvalet.

10.3 Jämförelse mellan fallen

Av fallbeskrivningarna ovan kan det framstå som att Psykosenheten hade kommit betydligt längre i att införa PCV än Verksamhetsområde Medicin inom Västregionen. Ser man enbart till realisering av GPCC:s modell är det en rimlig slutsats. Har man ett bredare perspektiv är frågan mer komplicerad.

Att skillnaderna i konkretisering av GPCC-modellen var stor kan hänföras till ett antal faktorer. En viktig faktor är att arbetet i Västregionen hade påbörjats senare och att omfattande omorganiseringer av medicinkliniken hade påverkat införandet. En annan viktig kontextuell skillnad var att med enstaka undantag, bland annat ett projekt om mindre tvång inom psykiatrin, hade det i närtid genomförts väldigt få vårdutvecklings- och organisationsförändringsprojekt inom den slutna psykosvården. Arbetet för PCV var följaktligen unikt. Västregionen utmärktes däremot av att PCV-rörelsen i allmänhet och GPCC/Implements insats i synnerhet var ett av mängder av förändrings- och utvecklingsprojekt som hade bedrivits under många år i syfte att öka patienters inflytande och delaktighet i sin vård.

För det andra fanns markanta skillnader mellan vilken typ av verksamhet som PCV-projekten omfattade. Verksamhetsområde Medicin inom Västregionen bedrev öppenvård och slutenvård för många olika typer av patienter med många olika diagnoser, och med olika långa vårdtider, från enstaka besök till flera veckors inläggning. Kontakterna med andra vårdenheter var omfattande. I kontrast bedrev den slutna psykosvården vid Psykosenheten en specialiserad slutenvård för ett avgränsat antal diagnoser och en patientgrupp med ganska likartade problem. Vårdtiderna var i genomsnitt relativt långa, ett par veckor eller till och med i vissa fall månader. Kontakten med andra vårdenheter tycks till stor del ha varit begränsad till ett antal psykiatriska öppenvårdsmottagningar.

Ur organisatorisk synvinkel var alltså Psykosenhetens psykosvård en ganska enkel verksamhet, medan Verksamhetsområde Medicin omfattade mängder av olika typer av vårdformer för många olika typer av patienter. Erfarenheterna av det arbete som bedrivits både

vid Psykosenheten och vid vissa avdelningar i Västregionen med att konkretisera PCV-ronder och ankomstsamtal visar att anpassning av GPCC-modellen till varje lokal verksamhet är nödvändigt. Nödvändigheten av att göra detta har nyligen även beskrivits också av Lydahl (2017). Att stödja införandet av PCV inom hela Verksamhetsområde Medicin krävde därför ett annat sorts stöd än vid Psykosenheten. Det blev viktigt att organisera nätverk med representanter för olika enheter, förändra journalsystem för att underlätta dokumentation och att bedriva relevanta utbildningar, t ex i dialogarbete i relation till patienter.

För det tredje bedrevs PCV-projektet vid Psykosenheten som ett forskningsprojekt som till stor del finansierades av GPCC. Det innebär att man hade betydligt större resurser för det specifika arbetet med PCV på den enskilda vårdenheten än man hade inom Verksamhetsområde Medicin i Västregionen.

Trots dessa stora skillnader finns det några gemensamma lärdomar vad gäller hinder och möjliggörande faktorer vid införandet av PCV. Flera av dessa hade också uppstått i Östlandstinget, där man drivit ett aktivt arbete med att införa personcentrerad vård under flera år. Den följande diskussionen inkluderar därför också Östlandstinget.

10.4 Hinder och framgångsfaktorer

I tabellen nedan listas de hinder och framgångsfaktorer som observerats i studien som helhet.

HINDER
Organisation
<i>Personal</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Personalbrist (sjuksköterskor) • Personalomsättning
<i>Svårigheter samla vårdteam</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Specialistläkare har andra uppgifter • Schemaläggning inte koordinerad
<i>Nödvändig samverkan med andra vårdaktörer</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Öppenvård vid Psykosenheten • Kommuner i Västregionen
<i>Mångfald av tidigare och pågående förändringsprojekt</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Förändringsströthet – för många moden • Ständigt nya begrepp – oklarhet kring värdet av nya begrepp • Andra etablerade lösningar prioriteras • Andra pågående förändringsprojekt tar tid • Svårigheter se likheter & skillnader gentemot andra lösningar
Professionella normer
<i>Legitimationsyrkens ansvar</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Upplevt ansvar för patientens (medicinska) hälsa– frustration om patienten ej väljer det medicinskt optimala • Rädsla för kritik vid delegation till patienten av val av åtgärder och egenbehandling
<i>Sjuksköterskeyrket ses som ett serviceyrke</i>
<i>Läkare ser sig (och kan vara) personcentrerade i enskilda mötet. Ser ej det organisatoriska sammanhanget</i>
<i>Journalen ses som ett professionellt arbetsredskap</i>
Lagar och regler
<i>Legala krav på olika typer av vårdplaner (inkl. samverkansplaner med kommuner)</i>
<i>Legitimationsyrken har ansvar – oklarhet kring vem som har ansvaret vid delegation</i>

IT-system
<i>Saknas moduler för patientberättelse och hälsoplan</i>
<i>Andra typer av vårdplaner är lagreglerade</i>
<i>Redan omfattande journalsystem där olika yrkesgrupper ej läser allt</i>
Ekonomi och ersättningsmodeller
<i>Ersättningsystem är inte alltid anpassade för personcentrerad vård</i>
<i>Begränsade resurser för lokal anpassning av GPCC:s lösningar</i>
FRAMGÅNGSFAKTORER
<i>Organisation</i>
<i>Stöd från ledningen</i>
<i>Stöd för verksamhetsutveckling (förändring journalsystem, nätverk för personcentrerad vård, kompletterande utbildning t ex i samtalsteknik)</i>
<i>Prioritering av PCV som viktigt bland många koncept</i>
Professionella normer
<i>Personalen ser nytta om synligt värde för patienter</i>
<i>Vetenskaplig legitimitet viktigt för läkares engagemang</i>
<i>Läkare blir mer positiva när de själva deltar</i>
Ekonomi och ersättningsmodeller
<i>Möjliga kostnadsbesparingar kan locka ledningen att satsa</i>
<i>Resurser till operativ personal för utbildning och utveckling</i>
<i>Resurser för nätverksträffar</i>
IT-system
<i>Integrerad infrastruktur för dokumentation underlättar</i>

10.5 Likheter i införandet

Det fanns några hinder och framgångsfaktorer som var gemensamma för Västregionen och Psykosenheten, men också Östlandstinget. För det första var det påtagligt att framgångsrikt implementeringsarbete kräver anpassning av de verktyg som GPCC föreslår och att den anpassningen bara kan ske lokalt av den operativa personalen. Frågor kan behöva modifieras i relation till olika patientgrupper, innebörden i begreppet partnerskap likaså. Möjligheten att ta upp patientberättelsen och att hålla gemensamma ankomstsamtal varierar beroende både på patientgruppen och verksamhetens syfte och organisation. Vidare kan andra verktyg vara viktigare för att ha ett personcentrerat arbetssätt. Ett exempel var de lösningar som införts av IVA i Västregionen. Vikten av denna anpassning har även visats Lydahl (2017), men den är också väntad givet alla de studier som tidigare gjorts av organisatoriska förändringsidéer, -modeller och projekt.

Att åstadkomma lokal anpassning utan att förlora kärnan i det personcentrerade arbetssättet är en utmaning. Inom Psykosenheten hanterades detta genom stort stöd av GPCC i den operativa personalens arbete med att anpassa PCV till deras specifika verksamhet. Men de resurser som krävs för ett sådant arbetssätt är för stora för att kunna tillämpas i sjukvården i allmänhet. Här finns ett dilemma att forskningsprojekt är just projekt. När det gäller mottaglighet för innovation tenderar sådana att ha ett misslyckande inbyggt i sig, på grund av de annorlunda förutsättningar som gäller för dem jämfört med vardagens vårdpraktik (se t ex LHC 2017:2). Resursbrist i den kliniska vardagen, särskilt brist på tid, var ett påtagligt hinder i Västregionen, där personalen till och med hade svårt att komma till en timmes nätverksmöte kring PCV. I Östlandstinget beskrevs ett liknande dilemma, att pilotprojekten hade varit svåra både att upprätthålla och att sprida.

För det andra verkade en framgångsfaktor både vid Psykosenheten och i Västregionen vara att personalen relativt snabbt såg positiva effekter av sitt förändringsarbete. Både i form av effektiviseringar av verksamheten, och konkreta uttryck för att patienterna uppskattade

den nya ordningen. Ett dilemma som verksamhetsutvecklarna, särskilt i Östlandstinget men också i Västregionen, pekade på var dock svårigheter att via enkäter och mätinstrument ta fram mer ”objektiva” mått på effekter av att införa PCV. Att få fram sådana mått ansågs viktigt för att säkerställa ledningens fortsatta stöd. Vid Psykosenheten var detta en icke-fråga, kanske pga att den uppgiften hanterades av GPCC i forskningsprojektet.

För det tredje beskrevs motstånd från personalens sida att förändra sitt arbetssätt som ett påtagligt hinder mot att införa PCV. Men motståndet kan inte reduceras till ovilja till förändring. Det handlade om en flera faktorer: professionella normer enligt vilka legitimerad sjukvårdspersonal har ansvar för patienters hälsa och välbefinnande, normativa föreställningar om att vårdirken är serviceyrken och rädsla för att förändra, kanske förlora sin yrkesroll. Detta motstånd var inte nödvändigtvis uttalat. Vid Psykosenheten noterade de intervjuade att det fanns hinder i form av tyst motstånd bland all personal som tog sig uttryck i att personalen sköt på, ignorerade eller hittade vägar runt att utföra vissa uppgifter som är centrala för PCV.

Läkarna ansågs utgöra en särskilt påtaglig bromskloss. Detta gällde både vid Psykosenheten, i Västregionen och i Östlandstinget. Läkare kunde vara personcentrerade i det enskilda mötet med en patient, men hade svårare att se att PCV är en verksamhetsfråga som kräver att hela teamet inklusive patienten samverkar. Många läkare var “allergiska” mot nya ord och akronymer och kritiska mot organisationslösningar som avlöst varandra. I Västregionen pekade man även på organisatoriska strukturproblem, som att specialistläkares och övrig vårdpersonals scheman inte var koordinerade och att specialistläkare sällan var knutna till en avdelning, utan var verksamma vid flera slutenvårdsavdelningar och i öppenvård. Detta skapade konkreta problem vad gällde att hålla gemensamma ankomstsamtal. Noteras bör också att medan kritiken och motståndet från läkargruppen tycks ha varit uttalat och synligt så tycks det tysta och osynliga motstånd som fanns vid Psykosenheten främst ha utövats av andra grupper än läkarna.

Omsättningen av personal var ett hinder som togs upp både vid Psykosenheten och Västregionen. Underläkare byttes ut,

personalomsättningen bland sjuksköterskor var omfattande och det kom in vikarier inte bara under semestrar utan också vid många andra tillfällen. Vid Psykosenheten fanns oro för att omsättningen skulle leda till att det personcentrerade arbetssätt som man hade infört skulle tappas. Hur ny personal skulle introduceras i detta arbetssätt var oklart.

Ett ytterligare hinder, var frågan hur patientens livsberättelse, mål samt hälsoplan skulle dokumenteras för att vara tillgänglig för och läsas av all personal. De journalsystem man hade var inte anpassade för sådan dokumentation. Här hade man fått ta till olika ad-hoc-lösningar. Vid Psykosenheten höll en lokal arbetsgrupp på att utveckla rutiner för hur avdelningarna skulle kunna åstadkomma en personcentrerad dokumentation. I Västregionen hade verksamhetsutvecklarna vid Utvecklingscentret precis lyckats få igenom en uppdatering av regionens journalsystem som skulle möjliggöra personcentrerad dokumentation. Också här hade olika enheter tidigare använt sig av diverse temporära lösningar.

10.6 Skillnader i modellens tolkning och översättning

Det fanns några markanta skillnader mellan hur PCV tolkades av framför allt den operativa personalen vid Psykosenheten respektive i Västregionen. En skillnad var förhållningssättet till de begrepp som GPCC introducerade och betonade värdet av, såsom partnerskap och personcentrering. Vid Psykosenheten verkade begreppen inte (längre?) väcka någon diskussion. Partnerskap var ett ord som användes mycket sparsamt och snarast verkade ses som ett långsiktigt, inte alltid uppnåbart mål. Fokus låg på begreppet delaktighet och att öka patientens grad av delaktighet. Psykosenheten hade också avstått från att införa hälsoplaner, för att i stället fördjupa de vårdplaner som enligt lag måste finnas. I syfte att avspegla dessa anpassningar till den vårdverksamhet som bedrevs hade man även ändrat beteckningen personcentrerad vård till att säga att man sysslade med personcentrerad psykosvård.

Inom Västregionen verkade begreppen ge upphov till diskussion och viss frustration. Verksamhetsutvecklare menade att ett för starkt fokus på begrepp som personcentrering och partnerskap kunde hindra införandet av personcentrerad vård. Här gjordes en åtskillnad mellan forskningens behov av tydliga definitioner och vårdpraktikens behov. Särskilt läkare var irriterade på nya organisationsbegrepp som kom och gick i sjukvården. Nya begrepp skapade även svårigheter i diskussioner inte minst med patienter och anhöriga.

Vidare, medan de som intervjuades vid Psykosenheten gav en samstämmig beskrivning av vad PCV innebar för deras praktik, fanns det en större mångfald tolkningar inom Västregionen. Olika tolkningar kunde dessutom göras av en och samma person. En sannolik förklaring är att det inom Västregionen inte fanns en särskild modell för personcentrering. Därmed inte sagt att man arbetade mindre personcentrerat. En annan tolkning är att man använde en bredare arsenal av verktyg för att åstadkomma personcentrering än vid Psykosenheten. Västregionens organisation var dessutom betydligt mer omfattande och mångfacetterad än Psykosenhetens mer avgränsade verksamhet. Vissa vårdenheter framstod som i högsta grad personcentrerade. Egendialysen är paradexemplet. Andra enheter hade, enligt de intervjuade, en bra bit kvar att gå.

Östlandstinget befann sig i en liknande situation som Västregionen. Också här hade personcentrerad vård getts olika tolkningar och konkretiserats på olika sätt i de pilotprojekt som hade drivits. Hur det förhöll sig i övriga delar av landstingets vård var oklart. Svårigheten att sprida lärdomar från pilotprojekt till andra enheter beskrevs av projektledarna. Till skillnad från Västregionen, där det som redan nämnts fanns en viss irritation mot att GPCC/Implement lade så stor vikt vid de begrepp och specifika verktyg och rutiner som man hade utvecklat, verkade denna variation i tolkningar och konkreta uttryck för personcentrering inte uppfattas som något problem i Östlandstinget, i alla fall inte av projektledarna. Deras utgångspunkt var att det viktiga var värdegrunden. Hur den konkretiserades i den lokala praktiken verkade ses som en mindre problematisk fråga.

För det tredje, vid Psykosenheten fanns ett stort fokus på att i största möjliga mån uppmuntra patienten att mobilisera sina egna resurser. Även i Västregionen och i Östlandstinget talade flera intervjuade om att se och ta tillvara patientens resurser som en viktig del i PCV. I Västregionen verkade dock vissa intervjuade primärt se det som en möjlighet, och en uppmaning från GPCC/Implement, att delegera vissa arbetsuppgifter och delar av ansvaret till patienten i syfte att spara ekonomiska resurser.

Medan man vid Psykosenheten såg PCV som ett nedifrån-upp-arbete väcktes frågan i Västregionen om det kloka i att lägga så mycket resurser på att Implementers tre dagar långa utbildning enbart riktades till verksamhetens chefer. Här fanns viss kritik mot att GPCC/Implement uppfattades som ovilliga att anpassa sin utbildning till andra förutsättningar än dem som rådde i de forskningsprojekt som GPCC drivit.

Tabellen nedan summerar centrala i utmaningar i GPCC:s och Implementers förmedling av PCV. GPCC/Implementers roll i att sprida konceptet diskuteras vidare i påföljande avsnitt.

UTMANINGAR
Dubbel syn på vetenskaplig förankring
<i>Värdefullt med vetenskaplig legitimitet</i>
<i>För stor betoning på vikten av begrepp som person, partnerskap – definitioner viktiga för vetenskapen, värdet mer oklart, ibland t o m problematiskt i praktiken (begreppströtthet, svårigheter att kommunicera innebörden både med personal, patient och anhöriga)</i>
<i>För stor betoning på filosofin i utbildningen – viktigt för forskningen</i>
Utvärdering
<i>Svårt ge objektiva mått på värdet i praktiken – viktigt för legitimitet gentemot ledning</i>
<i>De mätinstrument som använts i vetenskapliga studier är för komplicerade för praktiken – svårt visa värdet utanför ett avgränsat projekt</i>
De föreslagna verktygen kan inte användas rakt av
<i>Lokal anpassning krävs av personcentrerade frågor, hur patientberättelsen tas upp (schemaläggning, patientkategorier), relation till andra planer, dokumentation, partnerskap (delaktighet)</i>
Oklarhet kring vad PCV i praktiken är
<i>Omtolkning som verkar avvika från PCV:s grundtanke, t ex betoning på patientens ökade ansvar inom ramen för vad sjukvårdspersonalen ser som relevant</i>
<i>Implement bidrar inte tillräckligt med konkreta exempel på hur lokal anpassning kan ske</i>
<i>Svårigheter att se likheter/skillnader mellan PCV och tidigare/pågående förändringsprojekt</i>

Att stödja införandet av personcentrerad vård

Den här rapporten presenterar resultatet från studier av två huvudfall och två kompletterande fall där GPCC/Implement spelade en varierande roll. Vid Psykosenheten bedrevs arbetet för personcentrering i form av ett forskningsprojekt. Det innebar bl a att man hade tillgång till stora resurser och omfattande stöd från GPCC. GPCC/Implementers arbete med Verksamhetsområde Medicin inom Västregionen bestod av en introduktionsdag följt av tre utbildningsdagar för verksamhetschefer, chefssjuksköterskor och verksamhetsutvecklare. Det fortsatta arbetet med att införa PCV i den operativa praktiken drevs och stöddes lokalt av Utvecklingscentret, ett väletablerat lokalt kompetens- och utvecklingscentrum. I Östlandstinget drev man sedan några år, som en följd av ett politiskt beslut, ett arbete för att införa personcentrerad vård. Två projektledare arbetade med frågan. Projektledarna var väl inlästa på litteratur om personcentrering och de haft kontakt och samtal med representanter för GPCC. GPCC hade också deltagit i enstaka utbildningsdagar för de pilotprojekt för PCV som drivits i landstinget. Primärvården inom Storlandstinget, slutligen, hade inte uttalat arbetat med personcentrerad vård, även om begreppet användes i relation till andra utvecklingsprojekt. Kännedomen om GPCC var liten.

I en nyligen publicerad avhandling, som utgör en del av ett större forskningsprojekt om PCV i praktiken, visar Lydahl (2017) hur GPCC:s modell för personcentrerad vård regelmässigt och på olika sätt översätts i olika lokala praktiker (Naldermirci & Lydhal et al 2016, Lydahl 2017). En slutsats är att dessa översättningar är viktiga, om inte nödvändiga för att kunna införa PCV. Till skillnad mot de fall som beskrivits här har dock Lydahl och hennes kollegor fokuserat på förändringsprojekt där GPCC/Implement varit aktivt involverade i det lokala införandet av PCV. De fall som studerats tillhör följaktligen samma kategori som fallet Psykosenheten. Ser man till de översättningar eller modifieringar av GPCC:s modell som vi uppmärksammat vid Psykosenheten framstår de som nödvändiga för att få PCV att fungera i slutna psykosvård. De modifieringarna tycks dock inte ha inneburit att man tappade de grundläggande principer och värderingar som GPCC:s modell bygger på. De lokala modifieringarna framstår med andra ord som värdeskapande.

Givet de intervjuer som gjordes vid Psykosenheten tycks GPCC/Implementations omfattande och aktiva inblandning ha varit avgörande för att säkerställa värdeskapande modifieringar. Ska PCV i allmänhet och GPCC:s modell i synnerhet spridas vidare i hälso- och sjukvården är det dock orealistiskt att utgå från att det kommer finnas tillgång till de stora resurser som frigjordes vid Psykosenheten. Det är diskutabelt om man i många fall ens kommer att ha jämförbara resurser med de som fanns i Västregionen och Östlandstinget. I Västregionen bekostade man inte bara en flera dagar lång utbildning för verksamhetens chefer. Den operativa verksamheten hade också tillgång till Utvecklingscentrets mångåriga erfarenhet med att driva på och stödja olika projekt för att öka patienters inflytande och delaktighet. Det fanns också stor kompetens i att initiera, driva på och stödja lokala utvecklingsprocesser. I Östlandstinget var personcentrering ett av ursprungligen åtta förbättringsområden som det fortfarande satsades på efter fem år, och två personer var anställda för att driva på arbetet för att införa personcentrerad vård.

Givet att de resurser som finns att tillgå för att införa PCV lokalt kan vara än mindre än de resurser som satsades i Östlandstinget och

Västregionen är en knäckfråga följaktligen hur den som vill stödja införandet av PCV i allmänhet och GPCC:s modell i synnerhet ska agera? Vi ska peka på några aspekter som baserat på studien framstår som särskilt relevant för GPCC/Implement att uppmärksamma när man stödjer förändringsprojekt med mer begränsade resurser. Avslutningsvis diskuterar vi några olika roller som en förändringsagent kan inta, även när resurserna är begränsade.

11.1 Centrala lärdomar

Som inledningsvis beskrevs visar en mängd organisationsteoretiska studier av införandet av olika organisatoriska lösningar att en lösning alltid förändras när den tas upp i den lokala praktiken. Som den här studien, men också andra nyligen publicerade studier (se Lydahl 2017) visar är GPCC:s modell för personcentrerad vård inget undantag. Frågan är inte om, utan hur modellen kommer att modifieras när den sprids i olika praktiker. I den modifieringen är det viktigt att stödja de översättningar av modellen som är värdeskapande i meningen *möjliggör för PCV att införas i en viss lokal praktik, samtidigt som konceptets grundidé bibehålls*. Den här studien visar på några faktorer som kan vara viktiga att uppmärksamma för att stödja värdeskapande översättningar.

En förutsättning för att en verksamhet ska införa personcentrerad vård i praktiken är att verksamhetens medarbetare är villiga att lyssna till och engagera sig i arbetet. Ett stort hinder här är de senaste decenniernas ständiga introduktion av nya verksamhetslösningar och begrepp i hälso- och sjukvården. Oftast har initiativet till dessa lösningar kommit uppifrån, från politiska aktörer, policymakare, konsulter och verksamhetsledning. Följden är en förändringströtthet bland personalen som bland annat leder till att man minimerar sitt engagemang i nya förändringsprojekt i förväntan om att såväl politiker som verksamhetens ledning snart kommer att fokusera intresset på någon annan lösning.

Både personcentrering i allmänhet och den modell som GPCC utvecklat har karaktäristika som lätt lånar sig till tolkningen att detta är ännu en i raden av vård- och verksamhetsmodeller som kommer utifrån. Införandet av nya begrepp som person, personcentrerad vård och partnerskap, i stället för de mer etablerade patient, patientcentrerad vård och delaktighet är ett exempel som berördes av flera intervjuade, särskilt i Västregionen. Idén att personcentrering förutsätter användning av tre specifika verktyg eller rutiner är ett annat exempel. Samt att de mallar som används för att säkra likvärdighet i personcentrerad vård kan inte alltid fånga upp hela spektrat av patientupplevelser. Som vid allt införande av generella modeller i lokalt varierande verksamheter, finns det alltså ett dilemma mellan modellens standardisering och den situationsanpassning som krävs vid den praktiska användningen (jfr Lydahl 2017).

11.2 Förändringsagenters möjliga roller

I arbetet med att påverka och förändra verksamheter kan man som förändringsagent inta olika roller. I en studie av hur integrerade vårdkedjor ("integrated care pathways") kan utvecklas, pekar Zuiderent-Jerak (2007) på att det vanligaste sättet att införa vårdkedjor har varit att först utveckla detaljerade manualer för hur vårdkedjan ska utformas, för att därefter försöka implementera manualen i praktiken. Detta är, som vi inledningsvis pekade på, ett vanligt sätt att driva förändring också i relation till andra typer av lösningar. Resultatet är ett regelmässigt implementeringsproblem. Ett radikalt annorlunda förhållningssätt, som Zuiderent-Jerak prövat i aktionsforskning och rekommenderar, är att utforma varje vårdkedja lokalt med utgångspunkt i verksamhetens förutsättningar. Poängen är att man driver en lokal förändringsprocess där man hela tiden kritiskt värderar nytta och relevansen för den aktuella vårdverksamheten av att utforma vårdkedjans olika delar på ett visst sätt, samtidigt som man förhåller sig lika kritiskt utvärderande till det rådande arbetssättet och organiseringen.

GPCC:s arbete i Psykosenheten har stora likheter med det senare förhållningssättet. Frågan är hur man kan bevara det positiva värdet av ett sådant förhållningssätt när insatsen som förändringsagent är mer begränsad? En utgångspunkt för att diskutera detta är att se mer detaljerat på vilka roller som GPCC/Implement som förändringsagent kan ta på sig.

En möjlig roll för GPCC/Implement är att inrikta sig på att förmedla grundläggande värderingar, men ge varje lokal praktik stor frihet att arbeta vidare med hur dessa värderingar ska konkretiseras. I syfte att assistera i det lokala arbetet så att det leder till värdeskapande modifieringar behöver man bidra med kompetens och använda de resurser som finns till att ge stöd åt lokala aktörer i deras arbete med den egna verksamhetsutvecklingen. Snarare än direktiv om att exempelvis införa en viss rutin på ett visst sätt, satsar man i detta scenario på att erbjuda diskussions- och utvecklingsstöd så att lokala verksamheter kan arbeta för att ta fram egna modifierade lösningar som är anpassade för, samtidigt som de förändrar, respektive praktik.

Diskussions- och utvecklingsstödet kan förslagsvis bestå av ett antal stiliserade fall som beskriver hur olika verksamheter med olika lokala förutsättningar, t ex avseende patientgrupp, vårdform, typ av vård, etc, har implementerat PCV. Förutom de fall som beskrivits här har det som tidigare nämnts publicerats ett antal fallstudier av PCV i praktiken under senare år (se Lydahl 2017). Det finns följaktligen ett omfattande empiriskt underlag för att ta fram sådana fallstudier.

Till stöd för det lokala utvecklingsarbetet kan man erbjuda en serie av återkommande besök där de lokala verksamheterna får möjlighet att presentera och få synpunkter på idéer om hur PCV ska införas. Återkommande besök ger en möjlighet att forma och stödja arbetet mot värdeskapande lokala modifieringar. Rollen är följaktligen en minivariant av engagemanget i Psykosenheten där idén är att utgöra en distanserad coach, som fungerar som ett bollplank som underlättar ("faciliterar") processen, men som också genom att ställa frågor ökar förståelsen för vad personcentrerad vård innebär. Vidare kan man ge stöd i att diskutera och hantera de konkreta hinder och utmaningar som uppkommer i själva genomförandet lokalt.

Ett för verksamheterna mindre kostsamt alternativ till att GPCC/Implement tar denna coachande roll är att utbilda lokalt verksamma personer till coacher och ge dem stöd i att driva arbetet i sin egen verksamhet. Stödet kan t ex ges via regelbundet anordnade träffar för coacherna och genom skapandet av ett nätverk för coacher från olika verksamheter. Ett nätverk i kombination med återkommande träffar ger också möjlighet att få inspiration och idéer från andra verksamheter. En fördel här är om det finns flera coacher per klinik eller åtminstone sjukhus eller liknande övergripande organisation. Därigenom kan man, som i fallet Psykosenheten, skapa en grupp lokala eldsjälur som ger stöd till varandra.

Det kan vara viktigt att coacherna uppfattas som neutrala, det vill säga att de inte ses som representanter för någon slags ledning. Om coacherna är anställda av GPCC/Implement bör detta inte vara något problem. För att lokala coacher ska ses som neutrala är det sannolikt viktigt med återkommande kontakt med GPCC/Implement. Samtidigt finns det många studier som pekar på vikten av att representanter för ledningen genom att visa närvaro ger stöd åt förändringsprojekt. Detta för att synliggöra sitt engagemang för medarbetarna, men också för att ta till sig kunskaper om praktiken som kan föras tillbaka uppåt. Såväl Västregionen som Psykosenheten pekar på hur denna paradox kan förstås. Samtidigt som den operativa personalen själva måste få utveckla de konkreta lösningarna, krävs tydliga indikationer på att ledningen stödjer det arbetet.

En central poäng med GPCC-modellen är att de personcentrerade värderingarna kommer att realiseras om de tre rutinerna – patientberättelse, partnerskap och dokumentation av berättelse och hälsoplan – som GPCC utvecklat följs. Vad gäller den proaktiva rollen är därför en fråga hur öppna för andra verktyg för att införa PCV som GPCC/Implement kan vara? Ska man insistera på att någon variant av dessa rutiner ska införas? Eller ska man släppa fältet fritt?

Om rutinerna i sig är viktiga är en möjlighet att i stiliserade fall ge olika exempel på hur olika verksamheter med olika patientgrupper och olika förutsättningar har hittat sätt att införa de tre rutinerna.

Hur kan man lösa frågan om dokumentation om journalsystemet inte fungerar? Hur kan man ställa personcentrerade frågor om det finns mycket begränsat med tid för samtalet med patienten? Hur gör man om det inte går att samla hela vårdteamet?

Att ge exempel på olika sätt att implementera de tre generiska rutinerna kan över huvud taget vara klokt om man vill uppgradera deras betydelse för införandet av PCV. Personcentrerade ronder var en populär lösning både i Västregionen och i Östlandstinget. En tänkbar förklaring är att det cirkulerar videor på hur sådana ronder kan genomföras. Det vill säga det finns tydliga konkreta exempel att ta sin utgångspunkt i. Med många stiliserade fall som ger olika exempel på hur de tre huvudrutinerna kan införas ger man en palett att välja och låta sig inspireras av, samtidigt som man undviker att sprida en standardiserad "best practice" som ändock inte skulle fungera i de flesta lokala sammanhang.

Till sist – den här rapporten har främst fokuserat på hur en förändringsagent kan stödja den lokala operativa nivån i arbetet med att införa personcentrerad vård. Men ska personcentrering införas brett måste även organisations- och systemnivån i vården engageras. I de tre fall som beskrivits där man aktivt arbetade med PCV, fanns hinder för införande som man temporärt löst via lokala ad hoc-lösningar, men där man på sikt behöver genomföra förändringar på en mer övergripande organisatorisk- och systemnivå. Svårigheterna att föra in personcentrerad dokumentation i etablerade journalsystem är ett exempel. I fallet Västregionen hade regionens verksamhetsutvecklare lyckats få till stånd en revidering av journalsystemet för att möjliggöra personcentrerad dokumentation. Här skulle det vara värdefullt om en förändringsagent kunde ge idéer och uppslag till landsting och regioner centralt om hur journalsystem lämpligen kan utvecklas, eller till och med agera mer direkt gentemot leverantörer av de journalsystem som används i Sverige. Detsamma gäller det nationella arbete som drivs för att försöka standardisera informationsstrukturen i journalsystem över landet (Socialstyrelsen 2017).

Referenser

- Bal, Roland och Femke Mastbom. 2007. Engaging with Technologies in Practice: Travelling the Northwest Passage. *Science as Culture*, vol 16(3): 253-266.
- Barrett, Susan. 2004. Implementation Studies: Time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. *Public Administration*, vol 82(2): 249-262.
- Berg, Marc. 1997. *Rationalizing Medical Work: Decision-support Techniques and Medical Practices*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Brunsson, Nils. 1986. Företagsekonomi – avbildning eller språkbildning. I Brunsson, Nils (red) *Företagsekonomi – sanning eller moral?* Lund: Studentlitteratur.
- Brunsson, Nils. 2006. Reforms, organization and hope. *Scandinavian Journal of Management*, 22: 253-255.
- Czarniawska, Barbara och Guje Sevón. 1996. *Translating Organizational Change*. Berlin, CT.: Walter de Gruyter.
- Ekman, Ingrid m fl. 2011. Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10 (2011) 248-251.
- Ekman, Ingrid m fl. 2012. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCV-HF study.
- Garpenby, Peter. 2010. Perspektiv på implementering. I Nilsen, Per (red), *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- Health Policy Partnership. 2015. The state of play in person-centred care: A pragmatic review of how person-centred care is defined, applied and measured. Report summary. London: The Health Policy Partnership Ltd.
- Jerak-Zuiderent, Sonja. 2012. Certain Uncertainties: Modes of Patient Safety in Healthcare. *Social Studies of Science*, vol 42(5): 732-752.
- Latour, Bruno. 1986. The Power of Associations. I Law, John (red) *Power, Action and Belief: A new sociology of knowledge?* London: Routledge and Kegan Paul, 261-277.
- Latour, Bruno. 1987. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- LHC 2014. *Ekonomi på tvären – ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning*. LHC Report 2014:1.
- LHC 2017: *Ekonomi för förändring – ersättningsmodeller för innovation – en vägledning*. LHC Report 2017:2.
- Lipsky, Michael. 1983. *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lydahl, Doris. 2017. *Same and Different? Perspectives on the Introduction of Person-Centred Care as Standard Healthcare*. Gothenburg: Göteborg Studies in Sociology, No 65.
- McCormack, Brendan m fl. 2015. Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal* 5 (Suppl) [1].
- Modig, Niklas och Pär Åhlström. 2012. *This is Lean*. Halmstad: Rheologica.
- Naldermici, Öncel och Doris Lydahl m fl. 2016. Tenacious assumptions of person-centred care? Exploring tensions and variations in practice. *Health*, 1-18.
- Nilsen, Per (red). 2010, *Implementering: teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- O'Toole, Laurence J. Jr. 2000. Research on Policy Implementation: Assessments and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*. J-PART 10(2):263-288.
- O'Toole, Laurence J. Jr. 2004. The theory-Practice Issue in Policy Implementation Research. *Public Administration*, vol 82(2): 309-329.
- Rombach, Björn. 1991. *Det går inte att styra med mål*. Lund: Studentlitteratur.
- Saetren, Harald. 2005. Facts and Myths about Research on Public Policy Implementation: Out-of-Fashion, Allegedly Dead, But Still Very Much Alive and Relevant. *The Policy Studies Journal*, vol 33(4): 559-582.
- Socialstyrelsen. 2016. *Nationell informationsstruktur 2017*. Rapport 2017-5-35.
- Ulin, Kerstin m fl. 2016. Person-centred care – An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol 15(3):e19-e26.
- Welch, Catherine m fl. 2011. Theorising from case studies: Towards a pluralist future for international business research. *Journal for International Business Studies*, vol 42(5): 740-762.
- Zuiderent-Jerak, Teun och Casper Bruun Jensen. 2007. Unpacking 'intervention' in Science and Technology Studies. *Science as Culture*, vol 16(3): 227-235.

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnernätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



LEADINGHEALTHCARE.SE