

Personcenterad omvårdnad

Tanya McCance och Brendan McCormack

Översättning av Patricia Wadensjö

Inledning

Detta kapitel är översatt från engelska och vissa begrepp presenteras på engelska inom parentes efter de svenska begreppen, första gången de nämns. Detta med avsikt att erbjuda transparens till läsaren. Redaktörerna Janeth Leksell och Margret Lepp har bearbetat och kortat ner kapitlet. Det ursprungliga kapitlet finns på www.liber.se/karnkompetenser.

Det här kapitlet handlar om personcentrering och personcenterad omvårdnad (person-centred nursing). En översikt över personcenterad omvårdnad presenteras som innehåller en analys av hur utvecklingen har lett till den omvårdnad som praktiseras i dag, och med hjälp av praktiska exempel presenteras ett ramverk. Att utveckla personcenterad omvårdnad är ingen enkel uppgift och kan inte åstadkommas med punktinsatser. Viktiga aspekter lyfts därför fram för utvecklingen av personcentrerade arbetssätt – för individer, team och organisationer. I kapitlet presenteras även en fallstudie av ett utvecklingsprogram för personcenterad omvårdnad. Det projektet visar hur ett vårdteam på ett akutsjukhus försökte förändra kulturen på sin arbetsplats till att bli mer personcenterad. Kapitlet avslutas med några viktiga lärdomar som bör vägas in vid införandet av ett personcentrerat förhållningsätt inom vården.

Utvecklingen av personcentrering

Begreppet ”personcentrering” (person-centredness) har internationellt sett blivit alltmer välkänt inom vård och omsorg. Det har använts för att beskriva en vårdform som ser till att patienten står i centrum för vården. Det är inte överraskande att litteraturen om personcenterad vård ständigt blir mer omfattande, liksom den akademiska debatten och den kritiska dialogen om utvecklingen på området. McCormack (2004) gjorde en av de första litteraturgenomgångarna av personcentrering inom gerontologisk omvårdnad och fann att de olika modellerna och strukturerna hade ett antal dimensioner av personbegreppet gemensamt. Denna genomgång – liksom andra som gjorts av McCormack et al. (2010a) och McCance et al. (2011) – visade framför allt begränsningarna med den forskning som hittills bedrivits om personcentrering:

- att försöka klargöra personbegreppet och termen personcentrering (Slater 2006; Edvardsson et al. 2010),
- att studera vilken effekt personbegreppen samt personcentrering har i praktiken (Dewing 2004),
- att slå fast vilka utmaningar som uppstår när ett personcentrerat förhållningssätt ska införas, utmaningar som har att göra med kultur och kontext (McMillan et al. 2010; McCormack et al. 2008, McCormack & McCance 2010b).

Det har också gjorts stora begreppsliga och teoretiska framsteg på området personcentrering i och med utvecklingen av olika ramverk. Dessa ramverk är:

- *autentisk medvetenhet* (Authentic Consciousness) (McCormack 2001)
- *sinnena* (the Senses) (Nolan et al. 2004)
- *personcenterad omvårdnad* (Person-Centred Nursing), (McCormack & McCance 2006, 2010).

Dessa ramverk har tillämpats och prövats i praktiken (McCormack et al. 2010b; McCance et al. 2010; Ryan et al. 2008).

Den begreppsliga och teoretiska utvecklingen har till viss del gett oss en större förståelse för hur vi kan få personcentrering att fungera effektivt i praktiken, och den har skapat ett större intresse för att utveckla ytterligare ramverk och redskap som gör det möjligt att utvärdera resultaten av personcentrerade förhållningssätt (Slater et al. 2009; McCormack et al. 2010c; Smith et al. 2010; Edvardsson & Innes 2010). Arbetet med utvärdering av resultat befinner sig emellertid i ett tidigt utvecklingskede och det krävs mycket arbete för att utveckla metoder som kan fånga det komplexa med personcentrerad omvårdnad i praktiken (McCormack & Heath 2010).

Begreppet personcentrering och personcentrerad omvårdnad

En stor del av litteraturen om personcentrering och personcentrerad praktik finns inom området gerontologisk omvårdnad (McCormack & McCance 2010). Ett annat fokus ligger på studier av personcentreringens ursprung, huvudsakligen ur ett humanistiskt-psykologiskt perspektiv (Rogers 1980; Heron 1992). Begreppet ”personcentrering” används emellertid på ett friare sätt i strategier, riktlinjer och praktisk verksamhet inom vård och omsorg. Det finns en fara i att begreppet används ytligt och utan någon djupare uppfattning om vad den innebär för praktiska verksamheter och beslutsfattande.

Inom omvårdnad har begreppet personcentrering länge förknippats med omvårdnadsteorier. Många av de tidiga omvårdnadsforskarna som exempelvis Dorothy Orem, Sr Callista Roy, Madeleine Leininger och Jean Watson, använder visserligen inte uttryckligen begreppet ”personcentrerad”, men de har byggt sina teorier på begrepp som ”person”, ”miljö”, ”sjuksköterska” och ”hälsa”. Alla dessa begrepp formulerades utifrån specifika filosofiska perspektiv och utifrån dessa utvecklades omvårdnadsteorier och omvårdnadsmodeller.

Samtidigt som modellerna utgjorde en användbar struktur som sjuksköterskorna kunde använda sig av för att utforma sitt arbete, var det i realiteten många som hade svårt att uppnå mer än en ytlig förståelse av

enskilda vårdprocesser som aktiviteter i dagliga livet (ADL) och egenvård. Personcenterad omvårdnad bygger på en stark tradition där den praktiska vården grundas på teoretiska perspektiv. Därför är det inte förvånande att personcenterad omvårdnad har utvecklats i en liknande tradition, dock utan koppling till en särskild världsuppfattning. I stället handlar personcenterad omvårdnad om att anpassa och tillämpa personbegreppet, personcentrering och personcenterad vård i ett omvårdnadssammanhang.

Mot bakgrund av denna utveckling och en genomgång av litteraturen om personcenterad vård (McCormack 2004) har McCormack et al. (2010b) definierat personcentrering på ett sätt som ligger i linje med hur begreppet uppfattas i ett omvårdnadssammanhang:

Personcentrering är ett förhållningssätt till praktiken som etableras när terapeutiska relationer formas och utvecklas mellan alla vårdgivare, patienter och andra som är betydelsefulla för dem i deras liv. Grunden är vården som respekt för personen, den enskildes rätt till självbestämmande, ömsesidig respekt och förståelse. Personcentrering blir möjlig i miljöer som främjar ett kontinuerligt utvecklingsarbete. (McCormack et al. 2010b, s. 13)

McCormack (2004) menar vidare att det finns fyra begrepp som är centrala för personcenterad omvårdnad: *vara i relation*, *vara i en social värld*, *vara på plats* och *vara med sig själv*. Begreppet *vara i relation* betonar vikteten av relationer och de mellanmänniska (interpersonal) processer som möjliggör en utveckling av relationer med ”terapeutisk nytta”. *Vara i en social värld* syftar på att personer blir sammanlänkade med sin sociala värld genom att skapa och omskapa mening genom sitt varande i världen (Merleau-Ponty 1989). Begreppet syftar på vad som är viktigt i våra liv, något som framkommer i våra värderingar och hur de kommer till uttryck i vår levnadshistoria, det vill säga vem vi är som person. Nära förknippat med att vara i en social värld är *vara med sig själv*, vilket lägger ett ansvar på sjuksköterskan att skapa sig en tydlig bild av vad patienterna värderar med och i sina liv och hur patienterna skapar sig en begriplig föreställning av vad som händer dem (McCormack & McCance

2010). Detta gäller inte bara patienten i vårdsituationen utan även de involverade sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna bör vara medvetna om sina egna värderingar och övertygelser eftersom dessa påverkar beslut om gällande vård och behandling. Denna medvetenhet är något som stärker den centrala betydelsen av delat beslutsfattande inom hälso- och sjukvården och behovet av ett tillvägagångssätt som ”förhandlas” mellan läkare (practitioner), vårdare och patient. *Vara på plats* uppmuntrar oss att lägga vikt vid ”platsen” och hur den påverkar upplevelsen av vården.

Ett ramverk för personcenterad omvårdnad

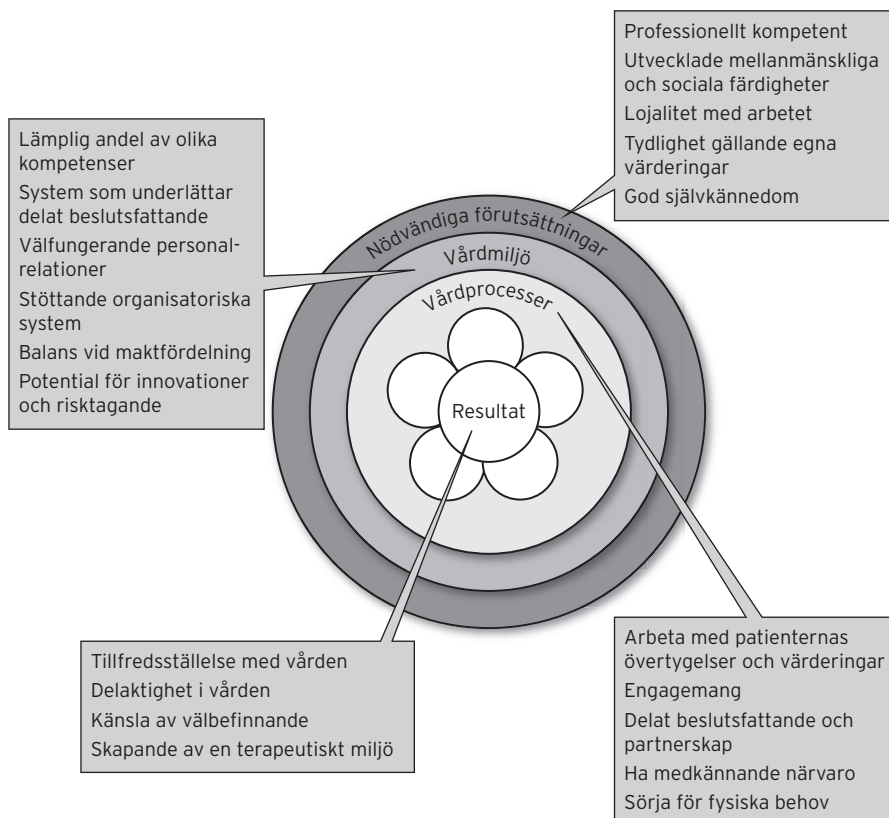
Ramverket för personcenterad omvårdnad utvecklades för att användas i ett stort kvasiexperimentellt projekt. Projektets syfte var att mäta effekten av införandet av personcenterad omvårdnad vid ett universitetssjukhus (McCormack & McCance 2006; McCormack et al. 2008). Ramverket byggde på McCormacks begreppsram (2001, 2003) för personcentrerat vårdarbete med äldre människor samt det ramverk som McCance et al. (2003) utvecklade med fokus på patienters och sjuksköterskors erfarenhet av omvårdnad.

Ramverket

Ramverket består av fyra komponenter:

- förutsättningar
- vårdmiljön (care environment)
- personcentrerade processer
- förväntade resultat.

Förhållandena mellan ramverkets beståndsdelar framgår av figur 1. För att nå mitten måste man således först koncentrera sig på förutsättningarna och sedan på vårdmiljön, vilket är nödvändigt för att kunna ge effektiv vård med hjälp av vårdprocesserna. Denna ordning genererar till slut resultat vilket är ramverkets centrala beståndsdel. Det finns ett antagande om ett samband inom och mellan beståndsdelarna.



FIGUR 4.1. Ramverket för personcenterad omvårdnad.

Förutsättningar

Förutsättningar som fokuserar på sjuksköterskans egenskaper handlar om att vara professionellt kompetent, ha utvecklat mellanmännliga och sociala färdigheter, ha lojalitet med arbetet, kunna visa tydlighet i övertygelser och värderingar samt ha god självkänedom.

Professionell kompetens handlar om sjuksköterskans kunskap och färdigheter att fatta beslut, prioritera vård och inkluderar kompetens i fråga om såväl medicinska som medicintekniska vårdaspekter. Att ha högt utvecklade mellanmännliga och sociala färdigheter speglar sjuk-

sköterskans förmåga att kommunicera på många olika nivåer. Lojalitet med arbetet vittnar om hängivenhet och en känsla av att sjuksköterskan vill ge den vård som är bäst för patienten. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om sina egna övertygelser och värderingar då dessa kan påverka patientens beslut. Detta hänger nära samman med god självkännet och antagandet att vi först behöver ha insikt om hur vi fungerar som personer innan vi kan hjälpa andra.

Vårdmiljön

Vårdmiljön handlar om det sammanhang där vården ges och innefattar följande:

- lämplig andel av olika kompetenser
- system som underlättar partnerskap och delat beslutsfattande
- balans vid fördelning av makt
- välfungerande personalrelationer
- stöttande organisatoriska system, samt
- potential för innovationer och risktagande.

Det är viktigt med olika kompetenser eftersom olika yrkeskategorier påverkar effekten av den personcentrerade vården. Det betyder att teamets sammansättning påverkar de faktorer som gagnar patienterna. Partnerskap och delat beslutsfattande är beroende av att det finns system och processer som underlättar dialogen mellan alla parter som deltar i samspelet kring vården. Parterna är oftast patienten, närstående, sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal.

Partnerskapet hänger även nära samman med utvecklingen av välfungerande personalrelationer och att man delar på makten. Det är emellertid viktigt att förstå att maktindelning också handlar om maktbalans mellan patient och sjuksköterska.

Genom att identifiera befintliga system i organisationen som utgör olika former av stöd, synliggörs det inflytande som organisationsstrukturen kan ha på vårdens kvalitet. Även frihetsgraden att arbeta självständigt förtydligas och återspeglar potentialen för olika innovationer och risktagande.

Det karakteristiska för vårdmiljön ligger i linje med hur begreppet kontext har utvecklats av McCormack et al. (2002) och Rycroft-Malone et al. (2004). Studier visar att viktiga karakteristiska är:

- arbetsplatsens kultur
- kvaliteten på sjuksköterskornas ledarskap
- organisationens övertygelse att använda sig av flera olika källor till evidens och kunskap i syfte att utvärdera kvaliteten på vården.

Som vi tidigare framhållit har vårdmiljön och dess komponenter en signifikant inverkan på möjligheten att mäta effekten av personcenterad omvårdnad. Det är också dessa komponenter som i största utsträckning kan begränsa eller underlätta personcenterade processer (McCormack 2004).

Personcenterade processer

Personcenterade processer syftar på att vård erbjuds på ett sådant sätt som konkret uttrycker personcenterad omvårdnad. Det handlar om att arbeta med patienternas övertygelser och värderingar, vara engagerad, ha medkännande närvaro, dela på beslutsfattandet och arbeta för partnerskap samt att sörja för patientens fysiska behov.

Det här arbetssättet fokuserar specifikt på patienten som person. Arbetet med patienternas övertygelser och värderingar stärks av grundprinciperna för personcenterad omvårdnad, nämligen den princip som lägger vikt vid att utveckla en klar bild av vad patienten värderar i sitt liv och hur de skapar sig en begriplig föreställning om det som händer. Detta hänger nära samman med partnerskapet, vilket syftar till att sjuksköterskor underlättar patientens delaktighet genom att ge information och integrera nyutvecklade perspektiv med etablerad praxis. Det är i sin tur beroende av system som möjliggör partnerskapet. I ett sådant system krävs en förhandlingsprocess och överenskommelse där hänsyn tas till individuella värderingar som bildar en legitim grund för beslutsfattande. God kommunikation är en oundgänglig förutsättning för att beslut genomförs på ett tillfredsställande sätt. McCormack (2004) illustrerar sambanden mellan dessa processer och framhåller: ”att veta vad som är

viktigt bildar en grund för beslutsfattande som bygger på 'förhandling' mellan läkare, vårdgivare och patient" (s. 35). Att ha medkännande närvaro är att ha ett engagemang som erkänner individens unika egenskaper och värde, vilket speglar kvaliteten på relationen mellan sjuksköterska och patient. Att en professionellt kompetent sjuksköterska sörjer för de fysiska behoven är centralt, eftersom det öppnar vägen till att utöva och tillämpa personcentrerade processer.

Resultat

Resultat är vad välfungerande personcentrerad omvårdnad förväntas ge och inkluderar tillfredsställelse med och delaktighet i vården, känsla av välbefinnande samt skapande av en terapeutisk miljö. Patientens tillfredsställelse speglas i utvärderingen av upplevelsen av vården och kan sägas vara det mest påtagliga måttet på resultat. Det är också väldokumenterat i litteraturen som en indikator på kvalitativ vård (Edwards & Staniszewska 2000; Edwards et al. 2004).

Delaktighet i vården är vad som uppstår då parterna medverkar i processer för delat beslutsfattande. Känsla av välbefinnande är en faktor som framhålls tydligt av McCance (2003) och vittnar om att patienten känner sig sedd, bekräftad och respekterad. Högre psykiskt välbefinnande identifierades också i en metasyntes av sjuksköterskors omvårdnadsarbete som genomfördes av Finfgeld-Connett (2007). Skapandet av en terapeutisk miljö där beslutsfattandet är delat, personalrelationerna är samarbetsinriktade, ledarskapet kännetecknas av flexibilitet och innovativa metoder stöttas – är slutmålet för vårdteam som arbetar för att utveckla en personcentrerad arbetsplats. Det är dock fortfarande en utmaning att identifiera mätbara resultat av effektiv och välfungerande personcentrerad vård, vilket var ett centralt inslag i den forskningsstudie där ramverket prövades.

Samtidigt som ramverket ger en grund för förståelsen av dynamiken av personcentrerad omvårdnad är det viktigt att komma ihåg att det är en kontinuerlig pågående aktivitet att arbeta personcentrerat – det kan inte uppnås genom punktinsatser. Ramverket för personcentrerad omvårdnad kan fungera som en heuristisk metod - en pedagogisk metod

med fokus på att ställa frågor, för reflektioner kring var ett vårdteam befinner sig i utvecklingen mot personcentrering och kan även användas som vägledning vid beslut om nödvändiga förändringar av praktiken. För att göra detta mer konkret ska vi redogöra ingående för en fallstudie av en organisations sätt att utveckla personcenterad omvårdnad i praktiken. Fallstudien illustrerar de processer som är värdefulla när personcentrering ska utvecklas och även vilka frågor som behöver lösas under processens gång. Samtidigt som fallstudien är representativ för ett organisatoriskt sätt att gå tillväga, och därmed är omfattande och komplext, kan de tillämpade processerna användas i mindre skala inom såväl enskilda mottagningar och vårdteam, samt vid speciella insatser för att utveckla praktiken exempelvis för att förändra processerna vid upprättandet av vårdplaner.

En fallstudie om utveckling av personcenterad omvårdnad

Att förbättra patientens upplevelse av vård är ett uttryckligt mål för vård- och omsorgsgivare och utgör en väsentlig del i tillhandahållandet av tjänster med kvalitet (Machell et al. 2010). Det handlar dock inte bara om att ge god klinisk vård utan också om att patienter blir omhändertagna med ”vänlighet och medkännande”, vilket framhålls av Goodrich och Cornwell (2008). Principerna för personcentrering utgör ett stöd för dessa värderingar på policy- och strateginivå (Department of Health 2007; DHSSPS 2008). Det finns belägg för att vårdstandarden på akutsjukhus är bristfällig, även om organisationen strävar efter en vårdstandard som speglar dessa värderingar (Goodrich & Cornwell 2008; NHS Confederation 2012). Man behöver alltså fokusera ännu mer på attityder, beteenden och relationer (Goodrich & Cornwell 2008; DHSSPS 2008) och arbeta på sådana sätt som främjar ett personcentrerat förhållningssätt (McCance et al. 2011).

Samtidigt som idén om personcentrering kan förstås på en teoretisk nivå är det ofta en utmaning att utöva den i praktiken. Vi tror att vi ger vård som är på ett visst sätt medan verkligheten vittnar om något annat.

McCormack et al. (2011) menar att faktorer förknippade med sammanhang som organisationskultur, inlärningsmiljö och själva vårdmiljön, skapar de största utmaningarna i arbetet med att åstadkomma personcentrering och utveckla kulturer där en personcentrerad vård kan bestå.

Det har dessutom blivit allt tydligare att handledning genom ett emanciperande utvecklingsprogram kan utveckla personcentrerade kulturer. Ett emancipatoriskt perspektiv handlar om att reflektera och ifrågasätta i syfte att förbättra situationen för en grupp. Ännu viktigare är dock att detta inte handlar om enstaka förändringar utan om kontinuerlig reflektion och utveckling av viktiga relationer som kan bestå över tid (McCormack 2008 et al.). En emanciperande praktikutveckling beskrivs som en väg att förbättra kvaliteten långsiktigt och kontinuerligt, med fokus på att lära och skapa ett klimat där vårdgivarna kan ge vård och arbeta på olika sätt med målet att främja en effektiv personcentrerad praktik (Manley & McCormack 2004; Manley et al. 2008). Programmet som redovisas i det här kapitlet illustrerar hur en insats för att utveckla en emanciperande praktik genomfördes. Målgruppen var ett antal vårdteam som arbetar vid akutsjukhus inom den brittiska (UK) hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Programmet

Programmets övergripande syfte var att ge vårdteamen möjlighet att utforska begreppet personcentrering i den egna kliniska miljön med avsikt att förbättra vården. I slutet av programmet förväntades deltagarna kunna:

- visa större kunskap och ökad förståelse för principerna för personcentrering,
- visa förståelse för de framväxande utmaningarna i utvecklingen av vad personcentrerad vård innebär,
- identifiera vad personal och patienter fått ut av att verksamheten förändrats.

Programmet genomfördes under en 18-månadersperiod. Ledningsstrukturerna omfattade en styrgrupp med interna och externa parter, ett verk-

ställande team med avdelningschefer, vårdutvecklingsledare och verksamhetsansvariga från varje deltagande enhet. Vårdtagarna involverades när de deltog i programpunkter som patientintervjuer och deltagande observationer av praktiken. Det ramverk för personcenterad praktik som utvecklats av McCormack och McCance (2010) utgjorde programmet teoretiska underlag (se figur 1). Programmet bestod av handledda aktiviteter kring fyra teman:

Tema 1: *Främja medvetenhet om och förståelse av personcentrering*

Innehållet i temat inriktades på aktiviteter som främjar en ökad förståelse av personcentrering och en medvetenhet om faktorer som möjliggör eller hindrar det här sättet att arbeta. Deltagarna deltog i en workshop och i följande aktiviteter:

- introduktion om strukturen för personcenterad omvårdnad
- översikt av utvecklingsprogrammet
- klargörande av värderingar
- reflekterande dagboksskrivande.

Tema 2: *Utveckla en delad vision*

Att belysa olika antaganden, värderingar och övertygelser fungerar som stöd vid utveckling av praxis. Genom att medvetandegöra deltagarna om olika antaganden och ståndpunkter, kan uttryckliga värderingar och övertygelser formuleras (Manley 2000). Detta i sin tur är avgörande för att kunna forma en vision för praktisk omvårdnad. Vid den andra workshopen utvecklade deltagarna en vision för programmet och tog sedan med sig kunskapen och färdigheterna från processen tillbaka till arbetsplatsen, där de tillsammans med sina vårdteam slutförde den process som gick ut på att klargöra värderingar. Resultatet blev att man utvecklade en gemensam vision om personcentrering.

Tema 3: *Fastställa kvaliteten på parternas upplevelser*

Temat handlade om att analysera befintliga informationskällor som visar kvaliteten på tillhandahållandet av tjänster inom respektive område. De datakällor som användes var retrospektiva översikter över *beröm*

och klagomål, insamlade *patientberättelser* och *deltagandeobservationer* av praktisk verksamhet.

Observationer av praktiken gick ut på att göra iakttagelser inom ett område under 30 minuter och därefter ge återkoppling till den inblandade personalen (McCormack et al. 2009a). Syftet med den aktiviteten var att få större förståelse av miljön och arbetskulturen inom det egna vårdteamet och hur dessa faktorer påverkar den personcentrerade vården. Momentet *patienternas berättelser* innefattade patientintervjuer där syftet var att förstå hur de upplevde den personcentrerade vården, ringa in vad som var viktigt för dem och vad som skulle kunna förbättra deras upplevelse (RCN 2007). Syftet var också att deltagarna skulle få ökad insikt om hur patienter upplevde vården. Personer från de deltagande enheterna fick genomgå en utbildning för att se till att aktiviteterna genomfördes på ett etiskt och professionellt sätt. Ramverket för personcentrerad omvårdnad användes för en analys av de data som skapades i samband med aktiviteterna, för att se hur praktiken behöver förändras och hur handlingsplaner skulle kunna utvecklas under tema 4.

Tema 4: *Utveckla praktiken*

Resultaten från tema 3 utgjorde underlag för arbetet med att utveckla praktiken genom att använda sig av små förändringar som visade ge ett förbättrat resultat för patienterna. En ”kulturanalys” av samtliga deltagande enheter genomfördes och gav underlag för besluten om vilka aktiviteter som skulle väljas inför praktikförändring. Varje förändring var kopplad till en detaljerad handlingsplan och utvärderades systematiskt utifrån de berörda parternas perspektiv.

Programmets centrala komponenter var i huvudsak inriktade på de deltagande vårdteamens aktiviteter. Men det fanns också några interventioner såsom *observationer* av praktiken och *patienternas berättelser*, som involverade patienterna eller deras familjer och eventuellt andra medlemmar i de multiprofessionella (multidisciplinär) vårdteam som arbetade inom dessa områden.

Utvärdering av programmet

Programmet utvärderades med hjälp av flera olika metoder (multi-methods). Bland annat användes en insider-/outsider-modell, vilket innebär att handledarna för programmet som kom inifrån organisationen arbetade tillsammans med två forskare från universitetet. Utvärderingen av programmet för personcentererad vård syftade till att svara på flera närliggande forskningsfrågor:

Ett handlett program för studier av begreppet personcentrering kan:

- påverka sjuksköterskornas och barnmorskornas förståelse av personcentrering i praktiken
- öka sjuksköterskornas och barnmorskornas förståelse av de kommande utmaningarna i att ge personcenterad vård
- påverka utfallet för personal och patienter som en följd av förändringarna av praktiken.

För att få en utförlig beskrivning av programmet med dess bakgrund, deltagande enheter, datainsamlingsmetoder (processutvärdering, intervjuer, berättelser med mera) samt analys av data se www.liber.se/karnkompetenser.

Resultat av programmet

Det ramverk för personcenterad omvårdnad som låg till grund för programmet ansågs ge personalen förutsättningar att utöva personcentrering i praktiken. Ramverket introducerades som ett verktyg för deltagarna som de kunde använda för att föra en kritisk dialog om personcenterad vård och öka förståelsen av hur dessa värden omsätts i praktisk handling. Under programmets gång blev det enklare för deltagarna att använda ramverket och sätta det i relation till praktiken.

De viktigaste resultaten visade att programmet för utveckling av praktiken gav personalen möjlighet att följa principerna för personcentrering genom att arbeta på ett nytt sätt, etablera bättre relationer och få kraft och energi att gå framåt. Principerna påverkade deltagarnas möjligheter att utöva personcenterad vård på ett positivt sätt. Deltagarna tog till sig de värderingar som ligger till grund för personcenterad vård,

de kände sig säkra och kompetenta. Men effekterna av programmet påverkades emellertid av andra konkurrerande prioriteringar, upplevelsen av press, begränsningar rörande personal och resurser samt en del andra utmaningar som uppstår i en verksamhet som håller på att förändras.

Att stödja och skapa engagemang

Att engagera sig i det personcentrerade programmet, både teoretiskt och praktiskt, var av avgörande betydelse för förståelsen av innebörden av personcentrerad vård i praktiken. I början uppgav deltagarna att det skulle bli en utmaning att engagera personalen i programmet, men det fanns också tidigt en entusiasm över att kärnan i den personcentrerade vården är central i omvårdnadsarbetet.



Varför jag tyckte projektet var spännande var att mitt i allt som vi skulle ta itu med så fanns det något som gav trovärdighet och erkännande åt de principer som ligger till grund för mitt val att bli sjuksköterska ...”

Med hjälp av en praktikutveckling som byggde på principerna för samarbete, inkludering och deltagande (McCormack et al. 2006) främjades positiva arbetssätt. Programmets handledningsmetod, stödstrukturer och processer byggde på evidens för utveckling av praktik. Programmet blev verkligt och tydligt eftersom deltagarna var delaktiga i alla verktyg, metoder och tillvägagångssätt som användes. Dessa var:

- att klargöra värderingar
- att skapa en gemensam vision
- att observera praktiken
- att få återkoppling från vårdtagare genom patientberättelser
- att delta i kritiska reflektioner.

Att få delta i ovanstående aktiviteter togs emot mycket positivt och ansågs vara en stor hjälp när det gällde att föra ut programmet till avdelningspersonalen. De kunskaper man fick genom att på ett systematiskt sätt, samla in och läsa patienternas berättelser bidrog i hög utsträckning

till att personalen bibehöll och till och med ökade sitt engagemang för kritisk reflektion. Handledarna hade en central roll när det gällde att främja engagemanget inom sina egna team. Handledarna vid enheterna var också medvetna om handledningens betydelse som arbetssätt men insåg också att det inom handledningen behövdes en vidareutveckling av kunskaper och färdigheter, som var mindre tekniska till sin natur. Exempelvis var också de kunskaper man fick genom att samla in och läsa patienternas berättelser mycket viktiga, och de gjorde att personalen bibehöll och även ökade sitt engagemang för den kritiska dialogen. Det engagemang som skapades med den här processen inverkade positivt på de relationer som formades inom hela teamet.

Vid utvärderingen av programmet framhölls betydelsen av att skapa relationer mellan olika intressentgrupper (stakeholders). Deltagarna berättade om hur programmet påverkade utvecklingen av personcentrerade relationer och att de har fått ett nytt sätt att arbeta med teammedlemmar och kolleger som handlade om att värdera sig själv och andra.



Programmet handlar om att utveckla respekt och goda relationer mellan alla för att försöka förbättra resultaten för patienterna.”

Att utmana och påverka etablerade arbetssätt som bidrar till teamets arbetskultur och att utveckla relationer bortom traditionella gränser, var också något som framhölls i utvärderingen.



En annan utmaning för deltagarna var att hantera det som vissa uppfattade som ’gamla försvarsställningar’ hos läkare som fortfarande håller fast vid en del av den gamla maktkampen, och jag tror att en del av det här är en utmaning för vården, men intressant nog finns det bland en del nyanställda och nya läkare ... en förändrad kultur, ett nytt klimat ... Jag tror att det skulle lämpa sig mycket bättre för en del av det som handlar om att vara mer personcentrerad.”

■ 1. Exempel - Arbete med ett multiprofessionellt team för att förändra praktiken.

Arbetsplatsen i fråga var en kardiologisk interventionsavdelning med 23 sängplatser. Patienterna kom till den här avdelningen för många olika ingrepp, såsom kranskärlsröntgen, ballongvidgning av kranskärl (PCI), implantering av pacemaker och specialapparater för hjärtat. Utifrån det material som samlats in under tema 3 bestämde sig teamet för att satsa på att förbättra processerna för att åstadkomma en effektivare sjuksköterskeledd utskrivning. Det här var ett mål, samtidigt som det pågick en förändring för att fler patienter skulle kunna skrivas ut samma dag i stället för att övernatta på sjukhuset.

Avdelningspersonalen började med att göra en lägesbeskrivning av verksamheten, något som visade att praxis och relaterad dokumentation varken var standardiserad eller konsekvent. På grund av att kapaciteten för patientingrepp hade ökat var sjuksköterskorna oroliga för att vården skulle bli uppgiftsinriktad och att kärnan i det personcentrerade förhållningssättet skulle gå förlorad. Sjukskötersketeamet och det multiprofessionella teamet började utveckla strategier och protokoll till stöd för sjuksköterskeledd utskrivning, men de insåg snart att detta skulle få stora effekter för det större multidisciplinära teamet. I det skedet involverade avdelningsföreståndaren de överordnade medicinska rådgivarna och andra teammedlemmar i förändringsarbetet genom att ordna personalmöten och en dialog med viktiga rådgivare. När man enats om och infört strategierna och protokollen, tillsammans med en kompetensram och ett utvecklingsprogram, inleddes en pilotfas under en fyraveckorsperiod.

Förändringen gav stora resultat, vilket framgår av den utvärdering som innefattade både en granskning och återkoppling från personal och patienter:

- Antalet sjuksköterskeledda utskrivningar som noterades i patientklassificeringssystemet ökade från 0 till 100 procent. Det handlade om patienter som genomgått kranskärlsröntgen och ballongvidgning av kranskärl (PCI) och som skrivits ut under ledning av en sjuksköterska.
- Patientflödet förbättrades betydligt när patienterna kunde skrivas ut fyra till sex timmar efter ingreppet, vilket därmed minskade sjukhusvistelsens längd.
- En effektiv utskrivningsplanering ledde till positivare upplevelser för patienterna.
- Sjuksköterskorna kände sig mer kompetenta och säkra att fatta lämpliga beslut och ta ansvar för utskrivningar.
- Det här sättet att gå tillväga uppmuntrade personalen i det multidisciplinära teamet till att bli öppnare för utmaningar. ■

Vidare uppmärksammades kommunikationssvårigheter inom den praktiska verksamheten och organisationen. Deltagarna påpekade att det behövs effektiv kommunikation mellan ledarna av programmet och de deltagande enheterna, mellan handledarna vid enheterna och deras team, och mellan det multidisciplinära teamet och vårdtagarna. Man betonade att det fanns positiva aspekter på kommunikationen, framför allt den positiva återkopplingen, men man pekade också på de svårigheter som följer av fragmentarisk kommunikation. Hur kommunikationen hanterades var dessutom en ständig källa till olika åsikter i datamaterialet.

” Att sprida information om personcenterad vård till avdelningen ansågs vara svårare, eftersom det sällan förekom avdelningsmöten. När det väl ordnades möten beskrevs de som envägskommunikation från avdelningsdirektören, som enligt personalens uppfattning spred enorma mängder information om olika projekt och mål varav alla tycktes ha lika stor betydelse för organisationen ...”

En enhet funderade på hur man genom införande av effektivare teammöten kunde öka engagemanget. Förändringen ledde till att läkarna involverades i högre utsträckning och att avdelningens allmänna kommunikation förbättrades i syfte att bidra till kontinuiteten i patientvården.

Ytterligare ett tema som framhölls var hur drivkraften upprätthålls under hela programmet. Vid vissa tidpunkter var lojaliteten och energin stor, vilket påverkade engagemanget. Det fanns också en uppfattning om att det här var rätt väg att gå och att det fanns en önskan om att främja personcentrering i det dagliga arbetet. Men det fanns också tillfällen när detta var svårt, på grund av faktorer i organisationen.

” Svårt att hålla igång drivkraften och energin. Det krävs en massa energi och den är ofta svår att hitta. Det här tar väldigt mycket tid av arbetsdagen. Ibland är det svårt eftersom det händer så mycket på avdelningen. Slutprodukten kommer att bli bra men svår att initiera.”

Ledningen på avdelningen ansågs ha en avgörande roll när det gällde att engagera personalen och hålla drivkraften vid liv, särskilt inom området där personalomsättningen var hög. Det fanns dock ett mer grundläggande budskap: att utveckla personcentrerade arbetskulturer – personcentrerad vård i det dagliga arbetet.

” De kan ju skapa en modell och hålla den vid liv så att folk kan lära sig, för personalen förändras, särskilt cheferna ... och avdelningscheferna, som har en viktig roll i det här. För personalen ändras, anställda kommer och går, så innan man vet ordet av har sex personer lämnat avdelningen inom ett halvår och man känner att man måste börja om från början igen. Men om det är fortlöpande och inbyggt i det dagliga arbetet, och om det är en del av avdelningens normer – ja det borde vara inbyggt. Det blir en del av arbetskulturen.”

Konkurrerande prioriteringar

Att känna sig pressad och tvingad inom sammanhanget var ett starkt framträdande tema. Detta beskrevs mot bakgrund av att organisationen i verksamheterna hade flera olika prioriteringar samtidigt och att det fanns en press på att leverera inom bestämda tidsramar. Det här skapade en verklig frustration för deltagarna: å ena sidan erkände de och värderade vikten av personcentrerad vård, å andra sidan gjorde verkligheten att det blev omöjligt att arbeta på det sättet.

” Blandade känslor i dag. Jag vet att det är en jättebra teori och att den i en ’utopisk’ värld skulle vara perfekt, men jag känner att jag har kört fast med många andra saker just nu, till exempel infektionsprevention. Ibland frustrerad eftersom jag inte kan göra vad jag tycker att jag behöver göra på grund av tidsbrist, arbetsbelastning och annat som jag uppfattar att jag bör prioritera.”

Känslan av press och tvång förstärktes av svårigheter med att få tillräckligt med personal och resurser. Detta var något som framkom på varje nivå i programmet: då personalen deltog i workshop, möten med projektteamet och i arbetet med att genomföra programmet i praktiken. Vissa avdelningar lyckades hantera den här dynamiken och fortsatte att engagera sig i programmet, medan andra fick kämpa för att få projektet att gå framåt.



För vår del vet jag hur det är på grund av personalbrist ... Jag vet alldeles säkert att personalen inte har kommit i närheten av informationen för att läsa den – för att de helt enkelt inte har tid. Det ligger en bit ner på listan och det är riktigt, riktigt svårt att försöka tillämpa vår handlingsplan i praktiken. Vi vill gå vidare med den och vi vill få ordning på morgonmötena så att vi kan prata med personalen och få dem ombord, men vi har inte den tiden.”

Deltagarna framhöll ofta den press som berodde på stor arbetsbelastning i en organisation som genomgick förändringar. Fokuseringen på en strategisk översyn av tjänsterna ledde till olika modeller för att ge vård och förändrade roller. Allt detta, menade de, skapade ökade krav och större arbetsbörda.



När deltagarna pratar om personcentrerade processer framställs de ofta som ambitioner. I deras exempel på vård ligger det personcentrerade i vissa ögonblick och inte i vården som helhet.”

■ 2. Exempel - Att använda ett personcentrerat förhållningssätt för att förändra en organisation.

Den aktuella operationsenheten bestod av fyra operationssalar och en postoperativ avdelning med fem sängplatser för vård av patienter i alla åldrar. Det centrala teamet med 38 medlemmar hade olika omfattande erfarenheter av perioperativ vård och vissa av dem hade tidigare kommit i kontakt med begreppet personcenterad vård och ramverket för en sådan vård då de deltagit i en pilotstudie 2002-2003.

Enheten beslutade att se på personcentrering ur ett personalperspektiv, eftersom det låg en stor utmaning i att många tjänster var obesatta på grund av besparingar. Det faktum att personalen arbetade med perioperativ vård vid tre olika sjukhus skapade oro och missnöje inom teamet. Man beslutade sig därför att underlätta personalens förflyttningar mellan sjukhusen på ett personcentrerat sätt. Det var avgörande att personalens förflyttningar bidrog till säker och effektiv patientvård, men också att personalen upplevde att det var rimligt och rättvist och om möjligt anpassat efter deras egna behov i form av personlig och professionell utveckling.

Förändringsarbetet av den praktiska verksamheten inriktades på en gemensam utformning av ett dokument som skulle spegla organisationens policy i fråga om personalförflyttningar. De anställda uppmuntrades att uttrycka sina personliga tankar kring det relativt nya kravet att förflytta sig utanför deras närmaste kliniska område och hur det kunde bli en positivare upplevelse för alla inblandade. Detta ledde fram till ett protokoll som alla i personalen undertecknade. Efter det att protokollet införts uppmuntrades personalen att dela med sig av sina erfarenheter genom att fylla i ett strukturerat frågeformulär, så att man skulle kunna se om protokollet varit en framgång.

Sättet att förändra den praktiska verksamheten gav ett antal viktiga resultat, bland annat följande:

- De anställda var engagerade i förändringen av praktiken, vilket ledde till att de accepterade och var beredda att flytta sig inom och mellan sjukhusen.
- Det blev en betydligt bättre upplevelse för den personal som förflyttade sig inom och mellan sjukhusen.
- Personalen blev mer mottaglig för förändringar.
- Teamet fick en större förståelse för personcentreringens principer och ramverk.
- Det uppstod en möjlighet att överföra lärandet på andra organisatoriska förändringar. Man lyckades närmare bestämt flytta och slå samman två oberoende team till ett enda som använde sig av principerna för personcentrering.
- Man fick tillfällen att sprida lärandet och fira framgångar. Teamet vann till exempel ett nationellt pris, "Årets team", för personcentrerat arbete. ■

Organisationen genomgick en omfattande organisatorisk förändring som resulterade i ett sammanhang i ständig förändring och utveckling. Alla deltagande enheter upplevde effekterna av förändringen. Vissa enheter fortsatte att engagera sig i programmet, medan andra fick kämpa för att få projektet att fungera.

Att levandegöra personcentrerad vård

Den personcentrerade vårdens grundläggande värden var inte nya för deltagarna. Det handlade däremot om hur de tog till sig personcentrerade värden i praktiken. Utmaningen för deltagarna var att tillämpa hur personcentrerade värden ska omsättas i praktiskt arbete, både i syfte att främja nya arbetsmetoder och att inse vad som behöver förändras.

”*Det handlar om att gå tillbaka och inse att de verkligt viktiga sakerna ... inte alltid behöver vara tekniskt avancerade. Ibland kan de allra enklaste saker spela otroligt stor roll för en patient som ligger i en säng. Så känner i alla fall jag för det här.*”

I början av programmet formulerade deltagarna en oro för att det här bara var ytterligare ett i raden av alla projekt. Men med tiden skedde en viktig förskjutning då de såg ”personen” i patientcentrerad vård – vilket är centralt för det här sättet att arbeta.

”*... att vara personcentrerad med varandra, ens arbetskamrater, kolleger, det mångvetenskapliga ... är något som personalen inte nödvändigtvis förstod och det beror bara på att de klargjorde värdena som ... för att vara helt ärlig ... de skulle inte ha fått dit läkarna, talterapeuterna, det skulle bara ha varit patienter och släktingar.*”

Nedan återges en patientberättelse som är ett exempel på hur deltagarna utmanades att fundera över hur de anammar personcentreringens värden i det dagliga arbetet. Den här typen av återkoppling visade sig öka deltagarnas medvetenhet om hur patientcentrering kan uttryckas i praktiken och hur dessa värden speglas i våra egna beteenden.

■ En patientberättelse

Jag känner att de sätter patienten främst, vilket jag personligen tycker är till stor hjälp - man känner alltid att man står i centrum. Jag vet att det kanske finns 20 personer på den här avdelningen, men de får en att känna att man står i centrum för uppmärksamheten från människor som ägnar sig åt dig när de är med dig och om du verkligen behöver det ... personalen är väldigt omtänksamma människor och anstränger sig verkligen hela tiden att göra så mycket de bara kan ... Det finns en eller ett par saker jag måste säga er, gjorde bara en eller ett par små anteckningar om att det finns några sjuksköterskor som inte knackar innan de går in. Min inställning är att det här på sätt och vis har blivit mitt hem. Det här är mitt hem och jag skulle i mitt eget jobb inte drömma om att öppna en dörr och gå in utan att knacka och vänta på svar. Några sjuksköterskor kommer in hit när jag har besökare, och de säger att de bara kommit för att hämta ... och jag måste då säga, det tar jag itu med senare. Jag brukade till exempel känna mig lite obekvämt eftersom jag använder kateter, och ingen, verkligen ingen utom min närmaste familj, det vill säga min fru och mina barn, vet att jag gör det. Väldigt ofta kommer mina systrar hit och jag sitter och läser och då kommer någon och säger förresten hur mycket blev det i påsen i natt. När folk kommer in och säger jag ska bara anteckna, vad det nu kan vara, hur mycket som kommit eller hur mycket vatten jag druckit, det verkar som om deras behov av att skriva ner saker står över vad jag känner, jag menar, det kan jag säga till er senare, det är inga problem alls med det. Jag är bara lite på min vakt när jag får besök och de kanske ger information som jag inte vill att andra människor ska känna till. ■

Innebörden av personcentreringens värden i det dagliga arbetet uppfattas inte alltid tydligt, men som McCance et al. (2011) betonar: om personcentrering uppfattas som något som gäller alla inblandade i samspelet kring en vårdssituation, så blir det tydligt vilken påverkan personalrelationer och ett effektivt team kan ha på utvecklingen av en terapeutisk miljö.

Att vara säker och kompetent uppgavs ha en central betydelse för det här sättet att arbeta. Många deltagare beskrev sin erfarenhet av programmet som en personlig resa där de utvecklade kunskaper och färdigheter men också blev mer medvetna om personliga begränsningar eller hinder mot nya sätt att arbeta. Detta visade hur viktigt det är att deltagarna lär sig att identifiera sina egna behov och förmågan att be om stöd.



Engagemanget med personalen ger stor belöning, inte bara för mig utan även för dem. Att vara med på resan och hjälpa personalen att utveckla nya färdigheter, det vill säga att handleda. Jag strävar efter att skapa ett föredöme kring vad personcentrerad vård är – medger att det inte alltid blir rätt. Vikten av att reflektera... Jag har kommit underfund med på vilket sätt jag lär mig och det har fått mig att uppmärksamma vad omvårdnad är och bör vara.”

Att förverkliga personcentrerad omvårdnad

I det här kapitlet har vi presenterat en översikt över personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Fallstudien visar hur ett teoretiskt ramverk för personcentrerad omvårdnad har använts som vägledning för hur den utövas i praktiken. De aktiviteter som användes inom programmet visar på hur viktig delaktighet är för utvecklingen av personcentrerad omvårdnad. Enligt vår mening är just delaktighet avgörande för att sjuksköterskor och andra anställda inom vården ska kunna pröva komplexa teoretiska begrepp som personcentrerad omvårdnad i praktiken.

De processer som använts och resultaten från utvärderingen av programmet bekräftar hur delaktighet och samarbete påverkar engagemanget. Att man bör inrikta sig på att bygga relationer och upprätthålla drivkraften som på olika sätt stimulerar ett kontinuerligt engagemang speglas också i andra utvärderingar av liknande program. Boomer och McCormack (2010) har till exempel visat hur en arbetskultur kunde förändras med hjälp av bättre teamsamarbete som skapades genom del-

aktighet, utveckling av förtroendebaserade relationer och en övergång från passivitet till förutseende och långsiktighet.

Att hantera konkurrerande prioriteringar är enligt vår erfarenhet, en av sjuksköterskans största utmaningar när det gäller att arbeta på ett personcentrerat sätt. Fallstudien visar att sådana konflikter uppstår i det dagliga arbetet. De är en realitet i hälso- och sjukvårdsmiljöer och speglar det sammanhang där vård vanligen ges. Hälso- och sjukvårdens kontext utvecklas och förändras hela tiden och de flesta som arbetar inom vården är emellertid bekanta med återkommande organisationsreformer. McCormack et al. (2004) definierar kontext som ”den plats eller miljö där människor tar emot hälso- och sjukvårdstjänster” och identifierar tre centrala element som bildar ett sammanhang där sannolikheten är större för att människor får evidensbaserad och personcentrerad vård: *kultur, ledarskap* och *utvärdering*. De ständigt konkurrerande prioriteringarna i en kontext under utveckling väcker viktiga frågor kring organisationens kultur och ledarskap, både på avdelningen och i högsta ledningen. Det krävs tydlighet kring chefernas motivation och ansvar samt organisatorisk klarhet vad gäller programmets syfte och bidrag innan arbetet sätter igång. Att redan från början skapa engagemang för programmet understryker än en gång effekterna av sammanhangsrelaterade faktorer som enligt McCormack et al. (2011, s. 1) ”utgör den största utmaningen för personcentrering och för utvecklingen av arbetskulturer som kan få den personcentrerade vården att bestå”.

Man behöver förstå den enskilda arbetsplatsens kultur innan innovationer eller utvecklingsarbeten av den här karaktären inleds (McCormack & McCance 2010; Wilson et al. (2005). McCormack och McCance (2010) erbjuder ett antal metoder och verktyg för utvärdering av sammanhanget kring praxis, till exempel ett index, *Context Assessment Index* (McCormack et al. 2009a) och ett analysverktyg, *Workplace Culture Critical Analysis Tool (WCCAT)* (McCormack et al. 2009b). Inom ramen för praktikutveckling uppmuntras dock individer och team att utforska och kartlägga den egna kontexten på ett icke-dömande och öppet sätt. Dessutom uppmuntras de till öppenhet och tydlighet gäl-

lande frågor som berör vilket skede man befinner sig på vägen mot en personcenterad vård.

Utvecklingen av säkerhet och kompetens, när personcenterade värden ska omsättas i praktiken, är en central fråga för sjuksköterskeutbildningar. Personcenterade värden behöver föras in i sjuksköterskeutbildningen, men man behöver också hjälpa framtida sjuksköterskor att skaffa sig den kunskap och de färdigheter som behövs för att praktiken ska kunna utvecklas kontinuerligt. Shaw et al. (2008) beskriver vilka kunskaper och färdigheter som behövs för utveckling av den praktiska verksamheten:

- att skapa personcenterade relationer genom stöd till enskilda och till grupper
- att etablera och tydliggöra en vision och egenansvar
- att använda erkända metoder och processer inom utveckling av praktik
- att arbeta effektivt i olika kontexter och kulturer
- att ha tillgång till och tillämpa evidens.

Kunskaper och färdigheter som verkar vara särskilt utmanande för sjuksköterskor är att vidareutvecklas som expert, kompetensen att handleda och förmågan att vara genuint kritiskt reflekterande. Den slutsatsen har också diskuterats av Boomer och McCormack (2010). De identifierade vikten av kompetens och säkerhet hos den som ska bli handledare och vikten av att vara reflekterande. De formulerade detta som ”skärpt medvetenhet, förändring och utveckling av sig själv på ett personligt och yrkesmässigt plan” (s. 639). En samsyn i litteraturen om praktikutveckling tyder på att detta är en stor utmaning, och man behöver således titta på hur man kan utveckla sin reflekterande förmåga på olika sätt.

En reflektion kring de olika teman som kom upp i samband med utvärderingen av fallstudien ger slutligen en bra grund för den som överväger att utveckla personcenterad omvårdnad vid en vårdinrättning. Varje tema hänger samman med de övriga och sammantaget visar de hur komplex personcenterad omvårdnad är och att man behöver gå tillväga på ett systematiskt sätt för att utveckla en sådan omvårdnad.

Dessa teman är:

- Alla teammedlemmar behöver engagera sig i processen för utveckling av personcentrerad vård och teamet bör ställa sig bakom en projektplan.
- Kliniska team behöver ha en plan, för den kontinuerliga praktikutvecklingen, som innefattar handledning och strukturerade reflektioner kring praktiken.
- De ofrånkomliga motsägelser och konflikter som uppstår i praktiken behöver diskuteras och ses som en del av utmaningen med att arbeta i organisationer som hela tiden utvecklas.
- Teammedlemmar behöver stöd och handledning för att kunna utveckla den självsäkerhet och kompetens som behövs för att arbeta på ett nytt sätt, samt tydliga principer som främjar delaktighet och samarbete.
- Vårdmiljön behöver ledas på ett sätt som möjliggör flexibilitet i det praktiska arbetet och inte upprätthåller stelbenta ”strukturer, processer och regler” som ställer upp hinder för personcentrerade värden.
- Innan ett program för utveckling av personcentrerad praktik inleds är det av största vikt att utveckla en handlingsplan som bygger på en bedömning av det aktuella sammanhanget.
- Begrepp och teorier för personcentrering behöver föras in i sjuksköterskeutbildningarna, och man bör föra en kritiskt reflekterande dialog med studenterna om den personcentrerade omvårdnadens möjligheter och utmaningar.

Slutsats

Många delar av personcentreringen fordrar att sjuksköterskorna utövar många av de värden som är själva kärnan i professionen, som omsorg och medkänsla, men det helt avgörande för personcentrerad omvårdnad är den kontext där sjuksköterskorna arbetar. Sjuksköterskor förväntas vara professionellt kompetenta och arbeta enligt högsta möjliga standarder (fastställda av nationella myndigheter), samtidigt som det

är absolut nödvändigt att hälso- och sjukvårdsorganisationerna stöder utvecklingen av personcenterad omvårdnad med hjälp av program för praktikutveckling, kontinuerliga kvalitetsförbättringar och livslångt arbetsbaserat lärande. Om sådana stödsystem finns på plats kan personcenterad omvårdnad bli verklighet för alla!

REFERENSER

- Boomer, C. A. & McCormack, B. (2010). Creating the conditions for growth: a collaborative practice development programme for clinical nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, 18, s. 633–644.
- Department of Health. (2007). *Putting People First: A Shared Vision And Commitment To The Transformation Of Adult Social Care*. London: Department of Health.
- Department of Health and Social service and Public Safety (DHSSPS). (2008). *Improving the patient and client experience*. Belfast: DHSSPS.
- Dewing, J. (2004). Concerns relating to the application of frameworks to promote person-centredness in nursing with older people. *International Journal of Older People Nursing*, 13(3a), s. 39–44.
- Edwards, C. & Staniszweska, S. (2000) Accessing the user's perspective, *Health and Social Care in the Community*, 8(6): s. 417–424.
- Edwards, C., Staniszweska, S. & Crichton, N. (2004). Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociology of Health & Illness*, 26(2), s. 159–183.
- Edvardsson D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19, s. 2611–2618.
- Edvardsson D. & Innes, A. (2010). Measuring Person-centered Care: A Critical Comparative Review of Published Tools. *The Gerontologist*, 50(6), s. 834–846.
- Finfgeld-Connett, D. (2007). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, s. 196–204.
- Goodrich, G. & Cornwell, J. (2008). *Seeing the person in the patient*. London: The King's Fund.
- Heron, J. (1992). *Feeling and Personhood*. London: Sage Publications.
- Machell, S., Gough, P., Naylor, D., Nath, V., Steward, K. & Williams, S. (2010). *Putting Quality First in the Boardroom*. London: The King's Fund.
- Manley, K. (2000). Organisational culture and consultant nurse outcomes. Part 1: Organisational culture. *Nursing Standard*, 14(36), s. 34–38.
- Manley, K. & McCormack, B. (2004). *Practice Development: purpose, methodology, facilitation and evaluation*. I: McCormack, B., Manley, K. & Garbett, R. (2004). *Practice Development in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Manley, K., McCormack, B. & Wilson, V. (2008). Introduction. I: K. Manley, B. McCormack & V. Wilson, (2008), (red.). *Practice Development in Nursing: International Perspectives*. Oxford: Blackwell Publishing, s. 1–16.
- McCance, T.V. (2003). *Caring in nursing*

- practice: the development of a conceptual framework. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 17(2), s. 101–116.
- McCance, T., Gribben, B., McCormack, B. & Mitchell, E. (2010). Improving the patient experience by exploring person-centred care in practice. Final Programme Report, Belfast Health and Social Care Trust, Belfast, Nordirland.
- McCance, T., McCormack, B. & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2): manuskript 1.
- McCormack, B. (2001). *Negotiating Partnerships with Older People – A Person-Centred Approach*. Basingstoke: Ashgate.
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A. & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of 'context'. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), s. 94–104.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, s. 202–209.
- McCormack, B. (2004). Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3A), s. 31–38.
- McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). The Person Centred Nursing Conceptual Framework. *Journal of Clinical Nursing*, 56(5), s. 472–9.
- McCormack, B., McCance, T., Slater, P., McCormick, J., McArdle, C. & Dewing, J. (2008). Person-centred Outcomes and Cultural Change. I: K. Manley, B. McCormack & V. Wilson, (red). (2008). *International Practice Development in Nursing and Healthcare*. Oxford: Blackwell, s. 189–214.
- McCormack, B., McCarthy, G., Wright, J., Slater, P. & Coffey, A. (2009a). Development and testing of the context assessment index. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 6(1), s. 27–35.
- McCormack, B., Henderson, E., Wilson, V. & Wright, J. (2009b). The Workplace Culture Critical Analysis Tool. *Practice Development in Healthcare*, 8(1), s. 28–43.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. Oxford: Wiley Blackwell.
- McCormack, B. & Heath, H. (2010). Ledare: Outcomes from gerontological nursing: considering person-centredness. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), s. 81–82.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J. & Lerdal, A. (2010a). "Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, s. 620–634.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Tobin, C., Manning, M., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K. & Peelo-Killroe, L. (2010b). The Implementation of a Model of Person-Centred Practice in Older Person Settings. Final Report, Office of the Nursing Services Director, Health Services Executive, Dublin, Ireland.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, E., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., Tobin, C. & Slater, P. (2010c). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5, s. 93–107.
- McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011). *Developing Person-Centred Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2): manuskript 3.
- McMillan, F., Kampers, D., Traynor, V. & Dewing, J. (2010). Person-centred caring as caring for country: an Indige-

- nous Australian experience. *Dementia*, 9(2), s. 1–5.
- Merleau-Ponty, M. (1989). *Phenomenology of Perception* (översättning av C. Smith reviderad av F. Williams och D. Gurriere). London, Routledge.
- NHS Confederation, AgeUK & Local Government Association. (2012). *Delivering Dignity: Securing dignity in care for older people in hospitals and care homes. Final report by the Commission on Dignity in Care for Older People.* (Slutrapport från kommissionen för en värdig äldreomsorg). NHS Confederation, London.
- Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J. & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing* (i samarbete med *Journal of Clinical Nursing*), 13(3a), s. 45–53.
- Rogers, C. (1980). *A Way of Being*. New York: Houghton Mifflin.
- Royal College of Nursing, (RCN). (2007). *Workplace Resources for Practice Development*. London: Royal College of Nursing Institute.
- Ryan T, Nolan M, Reid D & Enderby P (2008) Using the Senses Framework to achieve relationship centred dementia care services. *Dementia*, vol.7, no.1, pp.71-93.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A.L., McCormack, B. & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), s. 913–924.
- Shaw, T., Dewing, J., Young, R., Devlin, M., Boomer, C. & Legius, M. (2008). *Enabling Practice Development: Delving into the Concept of Vacillation from a Practitioner Perspective. I: K. Manley, B. McCormack & V. Wilson, (red.). International Practice Development in Nursing and Healthcare.* Oxford: Blackwell, s. 147–169.
- Slater, L. (2006). Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23, s. 135–144.
- Slater, P., McCormack, B. & Bunting, B. (2009). The Development and Pilot testing of an instrument to measure Nurses Working Environment: The Nursing Context Index. *Worldview of Evidence based Nursing*, 6(3), s. 173–182.
- Smith, S., Dewar, B., Pullin, S. & Tocher, R. (2010). Relationship-centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), s. 128–136.
- Wilson, V.J., McCormack, B.G. & Ives, G. (2005). Understanding the workplace culture of a special care nursery. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), s. 27–38.