



HÖGSKOLAN
DALARNA

Examensarbete

Kandidatnivå

Personcentrerad vård i praktiken: Identifiering av barriärer ur ett sjuksköterskeperspektiv

Person-centered care in practice: Identification of barriers from a nurse perspective

Författare: Maria Bohlin & Eleonore Johansson

Handledare: Amanda Jacobsen

Granskare: Anna Lena Brorsson

Examinator: Ann Karin Svanberg

Ämne/huvudområde: Omvårdnad

Kurskod: VÅ2030

Poäng: 15 hp

Examinationsdatum: 19.01.15

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):

Ja

Nej

Sammanfattning

Bakgrund: Forskning tyder på att en vård som bygger på en personcentrerad grund bidrar till en högre kvalitet av vården och har en positiv påverkan på patienter samt hälso- och sjukvårdsprofessionen. Samtidigt pekar studier på att hälso- och sjukvården står inför en mängd utmaningar för att kunna införa ett personcentrerat förhållningssätt i den dagliga vården.

Syfte: Att beskriva vilka barriärer som hindrar sjuksköterskan att arbeta personcentrerat i mötet med patienten.

Metod: Studien har genomförts som en litteraturöversikt, där resultatet är baserat på 16 vetenskapliga artiklar.

Resultat: Flera faktorer som kan utgöra svårigheter för sjuksköterskan att arbeta personcentrerat i vårdmötet med patienten identifierades och genererade fyra kategorier: *Samarbete och teamwork*, *Attityd och kultur*, *Tid och resurser* samt *Kommunikation och Patient berättelsen*. Resultatet tyder på samarbetssvårigheter mellan olika professioner inom hälso- och sjukvården, motsträvande attityder samt rutiner som inte vilar på vetenskaplig grund. Brist på utbildningsmöjligheter och bristande kunskap kring vad personcentrerad vård innebär och hur ett personcentrerat förhållningssätt kan tillämpas i klinisk praxis. Hög arbetsbelastning och brist på tid påverkade sjuksköterskans möjlighet till att skapa en relation till patienten, samt var en bidragande faktor till stress och känslor av otillräcklighet.

Konklusion: Sammantaget tyder litteraturöversikten på att det finns ett flertal barriärer som försvårar för sjuksköterskan att arbeta personcentrerat i mötet med patienten. För att ett personcentrerat förhållningssätt ska praktiseras krävs aktivt arbete individuellt och kollektivt på olika nivåer inom en organisation för att bli en del av den dagliga praktiken.

Nyckelord: Barriärer, Implementering, Partnerskap, Personcentrerad vård, Sjuksköterskans roll.

Abstract

Background: Research suggests that care based on a person-centered basis contributes to a higher quality of care, and has a positive impact on the patients and the healthcare profession. At the same time, studies point out that health care is facing a variety of challenges in order to introduce a person-centered approach into daily care.

Aim: To describe which barriers prevent the nurse to work person-centered in the healthcare meeting with the patient.

Methods: The study was conducted as a literature review, the result is based on 16 scientific articles.

Results: Several factors that may constitute difficulties for the nurse to work person-centered in the healthcare meeting with the patient were identified and generated four categories: *Collaboration and Teamwork*, *Attitude and Culture*, *Time and Resources*, and *Communication and The patient Narrative*. The result indicates cooperation difficulties between different health care professions, contradictory attitudes and routines that not lie on a scientific basis. Lack of educational opportunities and knowledge about what person centered care means and how a person-centered approach should be applied in clinical practice. High workload and lack of time affected the nurse's ability to establish a relationship with the patient, and contributed to stress and feelings of inadequacy.

Conclusion: Summary the literature study indicates that there are several barriers that make it difficult for the nurse to work person-centered in the meeting with the patient. In order for a person-centered approach to be practiced, active work is required individually and collectively at different levels within an organization to become part of the daily practice.

Key-words: Barriers, Implementation, Nurse's role, Partnership, Person-centered care.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
2. Bakgrund	1
2.1 Personfilosofi	1
2.2 Personcentrerad vård	2
2.2.1 Sjuksköterskans kompetens och kunskapsanvändning	3
2.3 Lagar och författningar	4
2.4 Gapet mellan forskning och kliniskt utförande	4
2.5 Problemformulering	5
2.6 Syfte	5
3. Metod	6
3.1 Design	6
3.2 Urval och Datainsamling	6
3.3 Värdering av artiklarnas kvalitet	7
3.4 Tillvägagångssätt	7
3.5 Analys och tolkning	8
3.6 Forskningsetiska aspekter	8
4. Resultat	9
4.1 Samarbete och teamwork	9
4.2 Attityd och kultur	10
4.3 Kommunikation och Berättelsen	11
4.4 Tid och resurser	12
5. Diskussion	12
5.1 Sammanfattning av huvudresultat	12
5.2 Resultatdiskussion	13
5.2.1 Personcentrerad vård	13
5.2.2 Implementering	14
5.2.3 Sjuksköterskans ansvar	15
5.3 Metoddiskussion	17
5.4 Etikdiskussion	18
5.5 Klinisk betydelse för samhället	19
5.6 Konklusion	19
5.7 Förslag till vidare forskning	20
6. Referenser	
7. Bilaga	
Bilaga 1 Sökstrategi	
Bilaga 2 Granskningsmall för kvalitetsbedömning Kvalitativ	
Bilaga 3 Granskningsmall för kvalitetsbedömning Kvantitativ	
Bilaga 4 Artikelmatris	

1. Introduktion

Personcentrerad vård (PCV) är ett begrepp och förhållningssätt som har format sjuksköterskeutbildningen sedan termin ett. Under utbildningens verksamhetsförlagda perioder uppmärksammade författarna att PCV var väl känt av sjukvårdspersonalen och sågs bland många som ett grundläggande förhållningssätt. Dock kunde författarna uppleva att ett personcentrerat förhållningssätt (PCF) många gånger inte praktiserades i det kliniska arbetet. Sjuksköterskan utgör en betydande del för att uppnå en vård som bygger på en personcentrerad grund. Att ta reda på vilka barriärer som ligger till grund för problemet känns viktigt, för att som nyexaminerad sjuksköterska aktivt kunna arbeta personcentrerat i mötet med patienten.

2. Bakgrund

2.1 Personfilosofi

Frågan vad en *person* är, framstår som väldigt enkel och kan för många uppfattas som en självklarhet, men beskrivs enligt Kristensson Ugglå (2014) som oändligt komplicerad. På frågan vad en *människa* är, menar Kristensson Ugglå (2014) att ett korrekt svar på frågan skulle bestå av en lång lista av organ, processer och kemiska substanser. Men att alla dessa komponenter endast skulle ge uppgifter om *vad* en person är, men inte komma i närheten av *vem* en person är.

Att vara *patient* är en roll, något utbytbart, medan själva begreppet *person* beskrivs som något unikt och oersättligt. Kristensson Ugglå (2014) menar att skillnaden handlar om att en *patients* personliga identitet är knuten till en levnadshistoria och kan identifieras utifrån dennes diagnoser och tecken. Till skillnad från *personen* som istället äger en unik identitet, förväntar sig att bli tagen på allvar som likvärdig part. Samtidigt menar Kristensson Ugglå (2014) att det ändå är nödvändigt att fortsätta tala om *patienten* som begrepp inom PCV, då patientrollen i detta sammanhang kan fungera som ett integritetsskydd. Där rättigheter och svensk lagstiftning talar för patientens roll i hälso- och sjukvården.

För att kunna närma sig och fånga det som är specifikt för en människa måste hindret passeras mellan att beskriva, *vad* en person är- till att berätta *vem* en person är (Kristensson Ugglå, 2014). Att det är just *berättelsen* som gör det möjligt i en vårdkontext att se patienten som en person och intar därmed en nyckelroll i PCV (a.a.).

2.2 Personcentrerad vård

McCance, McCormack och Dewing (2011) lyfter i sin studie, att PCV är framtaget för att beskriva hur hälso- och sjukvårdsprofessionen ska arbeta för att uppnå en vård som garanterar att patienten står i centrum för vården (a.a.). Detta beskriver även Vårdförbundet (2015) och definierar ett personcentrerade förhållningssättet som en “människosyn som ska vägleda våra handlingar” (s.3). Samtidigt pekar en stor del av forskningen på att PCV saknar en tydlig definition och att detta kan vara ett problem, då innebörden därmed kan tolkas olika (Vårdförbundet, 2015; Socialstyrelsen, 2016).

För att beskriva PCV och vägleda hälso- och sjukvårdsprofessioner i mötet med patienten har Ekman et al. (2011) tagit fram tre kärnkomponenter, *Partnerskapet*, *Berättelsen* samt *Dokumentationen*, som även Göteborgs Centrum för Personcentrerad vård (GPCC) antagit. *Partnerskapet* är grundläggande för att arbeta personcentrerat och bygger på att patienten ses som en människa, där patientens kunskap samt önskemål respekteras och jämföras med vårdens professionella kunskap. Wolf et al. (2017) beskriver att partnerskapet kan bestå av två delar, det informella och formella partnerskapet. Det informella partnerskapet riktar sig till patientens unika berättelse, där sjuksköterskan använder sina kommunikationskunskaper för att se människan bakom sjukdomen, där det vardagliga samtalet skapar en arena där patienten kan känna trygghet. Det formella partnerskapet bygger mer på ett samtal om vårdrelaterade åtgärder, information om olika behandlingsalternativ samt definierar patientens resurser. Det formella partnerskapet riktar sig åt att tydliggöra, diskutera och reflektera tillsammans med patienten om vilka mål som patienten har. Patientens *Berättelse* som Kristensson Ugglå (2014) lyfter, har en avgörande betydelse i en vårdkontext och tar oss utöver det rent fysiologiska perspektivet och skapar därigenom en möjlighet att se patienten som en person. *Berättelsen* är också enligt Ekman et al. (2011) en grundläggande del för att synliggöra det individuella vårdbehovet. I berättelsen ges personen möjlighet att ge sin egen upplevelse av ohälsa, sjukdom, behov samt resurser. Patientens berättelse ska sedan ligga till grund för *Dokumentationen*. Att *dokumentera* det som framkommit i ett samtal görs tillsammans med patienten i en aktiv hälsoplan, där uppföljning sker regelbundet. Ekman et al. (2011) menar att dokumentation av önskemål, värderingar och personliga mål är lika viktiga som att dokumentera provresultat.

Vården kan tillämpas med ett PCF genom att respektera samt vara ödmjuk inför patienten och dennes mänskliga egenskaper (Entwistle & Watt, 2013). Detta innebär att vården

måste se mer än bara den fysiska kroppen, att individen ses både som ett subjekt och ett objekt. Människan är en del av ett sammanhang, både socialt och kulturellt, och påverkas av sin historia samt nutid och har därför individuella preferenser (Entwistle & Watt, 2013; Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Ekman et al. (2011) menar att PCV bidrar till att se människan bakom sjukdomen. Patienten ses inte längre som en passiv individ, utan mötet ska snarare handla om ett aktivt partnerskap mellan vårdpersonal och patient.

2.2.1 Sjuksköterskans kompetens och kunskapsanvändning

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (SSF, 2017) tydliggör sjuksköterskans kompetensområden. Ett kompetensområde som sjuksköterskan förväntas ha god kunskap om och även ska åstadkomma i vårdmötet med patienten är PCV (a.a.). Detta innebär att sjuksköterskan bör besitta en öppenhet, vilja och intresse för att lyssna på patientens egen berättelse och upplevelse (SSF, 2016; Strandberg, Nilsson Kajermo & Wallin, 2010). Därmed förväntas PCV bidra till en god kunskap om patienten och om dennes värderingar, intressen och prioriteringar. Genom detta kan sjuksköterskan använda sin kompetens och sitt omvårdnadsansvar i syfte att leda omvårdnaden (SSF, 2016).

PCV bidrar till en högre kvalitet av vården (Ross, Tod, & Clarke, 2014), ett ökat välbefinnande hos patienter (Ekman et al., 2011) och deltagande i vårdaktiviteter samt samspel mellan sjukvårdsprofessioner och patient (Ross et al., 2014). Vårdpersonalen upplevde även en ökad tillfredsställelse i arbetet och var mer tillfreds med arbetet de utförde (Lehuluante, Nilsson & Edvardsson, 2012).

Som beskrivs ovan finns det många dokumenterade fördelar med PCV (Ekman et al., 2011; Ross et al., 2014; Lehuluante et al., 2012), därav betydelse att sjuksköterskan aktivt arbetar för en vård som bygger på en personcentrerad grund. Nilsson Kajermo, Johansson och Wallin (2014) menar för att en PCV ska praktiseras, behöver också de nya kunskaperna omsättas i det dagliga vårdarbetet, det vill säga implementeras. Sjuksköterskan behöver aktivt arbeta för att hålla sig välinformerad med utvecklingen och tillämpa direkt- som indirekt forskningsanvändning, så väl som beprövad erfarenhet i den dagliga vården (a.a.). Den direkta forskningsanvändningen innebär att sjuksköterskan arbetar utifrån rutiner och riktlinjer. Den indirekta forskningsanvändningen innebär att sjuksköterskan besitter ett kunskapssökande intresse och främjar användningen av nationella riktlinjer och vårdprogram. Även att sjuksköterskan har en ökad medvetenhet om vilken kunskap som

krävs för varje omvårdnadsåtgärd för att stödja implementeringsprocessen (Strandberg et al., 2010).

2.3 Lagar och författningar

År 2017 trädde en omarbetad Hälso- och sjukvårdslag (HSL, SFS 2017:30) i kraft där “Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet ... ” (kap. 3, 1 §). För att tydliggöra och stärka patientens ställning i vården kom 2015 en ny Patientlag (SFS 2014:821). Dock pekar en utvärdering av patientlagen år 2017 på att patientens ställning inte har förbättrats sedan patientlagen infördes. Analysen visar att patientens faktiska ställning är oförändrad eller till och med försvagad inom vissa områden samt att patientens rättsliga ställning fortfarande är svag (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2017). Patientlagen (SFS 2014:821) syftar även till att hälso- och sjukvården ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (kap. 1, 1 §). Samtidigt tyder undersökningen från International Health Policy Survey (IHP) på att svenska patienter känner sig mindre involverade i besluttande och upplever delaktighet i mindre utsträckning jämförelse med liknande patientgrupper i elva andra länder (IHP, 2016). Detta pekar på att syftet med lagen ännu inte har uppnåtts (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2016).

2.4 Gapet mellan forskning och kliniskt utförande

Forskningen kring PCV talar om att hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar i strävan att införa personcentrering i vårdmötet (Ross et al., 2014; Perez-Merino, 2014). Globalt spenderas miljarder dollar varje år inom kvalitetsförbättring, riskhantering, yrkesutveckling och forskning (McGlynn et al., 2003). Trots detta har hälso- och sjukvården stora svårigheter att implementera forskningsbaserad kunskap till praktiken och därmed säkra effektiva arbetsätt. Detta innebär att hälso- och sjukvården inte uppnår den nivå av vård som de strävar efter (McGlynn et al., 2003; Grimshaw, Eccles, Lavis, Hill & Squires, 2012). Nilsson Kajermo et al. (2014) och SSF (2013) menar att en förutsättning för att vård och omsorg baserad på forskning ska bli etablerad, är att resultatet från forskningen behöver implementeras i den dagliga vården.

Det finns reglerat att vård och omsorg ska vila på vetenskaplig grund och tillämpa bästa tillgängliga kunskap (HSL, SFS 2017:30, kap. 5, 1§). Utifrån kan det ses som en självklarhet att forskningsresultat ska omsättas och användas i det dagliga vårdarbetet. Då dagens hälso- och sjukvård är en kunskapskraftig verksamhet, med ökat vetenskapligt stöd inom omvårdnad och medicin. Dock tyder verkligheten på att det finns ett gap mellan tillgänglig kunskap och den kunskap som faktiskt tillämpas (SSF, 2013). Därmed finns det en risk att patienter utsätts för onödiga risker och skador (Grimshaw et al., 2012).

Implementering av forskningsbaserad kunskap till praktiken är en komplex process och påverkas av många faktorer (Grimshaw et al., 2012; Perez-Merino, 2014; SSF, 2013). May och Finch (2009) studie tyder på att utvecklingen i praktiken ofta präglas av ett relativt smalt utbud av möjligheter för att kunna införa forskningsbaserad kunskap in i den dagliga vården. Att möjligheterna vanligen hålls på plats genom givna ramar och strukturella begränsningar, vilket därmed kräver ett agerande på både individuell och gemensam grund för en lyckad implementering (a.a.).

2.5 Problemformulering

Forskningen pekar på att hälso- och sjukvården står inför en mängd utmaningar för att kunna införa PCV i den dagliga vården. Trots svensk lagstiftning och ökat inflytande av PCV visar forskningen att det finns skillnader mellan patientgrupper gällande delaktighet i sin vård samt att patientens ställning generellt inte har förbättrats sedan patientlagen infördes. Då PCV inte har en klar definition, råder det inte bara en begreppsförvirring i vad hälso- och sjukvården ska göra, utan också *hur* detta ska omsättas i praktiken. För att sjuksköterskan ska kunna arbeta i enlighet med lagen krävs en gemensam syn och ett aktivt arbete på alla nivåer. Sjuksköterskan har en betydande roll för att vården ska utföras på ett personcentrerat sätt, därmed anses det betydelsefullt att beskriva vilka barriärer som ligger till grund för att en PCV inte tillämpas i den utsträckning som är önskvärt.

2.6 Syfte

Syftet var att beskriva vilka barriärer som hindrar sjuksköterskan att arbeta personcentrerat i mötet med patienten.

3. Metod

3.1 Design

Studien har genomförts som en litteraturöversikt vilket innebär att sammanställa aktuell forskning. Detta med syfte att skapa en överblick av kunskapsläget inom en specifik frågeställning (Friberg, 2012).

3.2 Urval och Datainsamling

Sökning samt urval av artiklar till litteraturöversikten gjordes under oktober 2018. Databaserna Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), National Library of Medicine (PubMed) och SweMed+ med inriktning mot omvårdnad och medicin, har använts för att fånga upp aktuell forskning. Författarna har även utfört sekundära sökningar genom att granska intressanta referenslistor. Detta för att hitta artiklar som svarar till litteraturöversiktens syfte, vilket Forsberg och Wengström (2013) menar är en av de sökstrategierna som finns att tillgå.

Sökning har skett utifrån syftet där relevanta sökord har använts var för sig samt kombineras. Sökord: *Barriers, Implementation, Interactions, Nurse, Person-cent*, Person-Centered Care, Person-centred*. Östlundh (2012) beskriver att booleska termer samt trunkering av sökord används för att rikta sökningen. Den booleska termen OR har används för att bredda sökningen. AND har använts i syfte att begränsa sökningarna till sökresultat som innehåller båda sökorden. NOT har använts för att utesluta titlar i sökresultat som innehåller specifika ord. Sökord och kombinationer av dessa samt booleska termer och trunkering presenteras i *Sökstrategi* (Bilaga 1).

Inklusionskriterierna i litteratursökningen var artiklar publicerade mellan 2008–2018, skrivna på engelska samt vara peer reviewed. Exklusionskriterierna var barn (0–18 år), palliativ vård samt artiklar som inriktar sig på personer som har en demenssjukdom, akut konfusion, psykossjukdomar eller andra tillstånd som innefattar kognitiv svikt.

Efter sökning i databaser med aktuella sökord samt sekundära sökningar, lästes artiklarnas rubriker och de med relevans valdes ut för ett första urval. Därefter studerades artiklarnas abstrakt för att granska om de svarade till litteraturöversikten syfte.

3.3 Värdering av artiklarnas kvalitet

En granskning av artiklarnas vetenskapliga kvalitet har genomförts på inkluderade artiklar. *Granskningsmall för kvalitetsbedömning*, tillhandahålls av Högskolan Dalarna. En granskningsmall är avsedd för kvalitativa studier (bilaga 2) samt en för kvantitativa studier, (bilaga 3). Mallarna är modifierad utifrån Willman, Stoltz, och Bahtsevani (2006) och Forsberg och Wengström (2008). Granskningsmall för kvalitetsbedömning består av frågor som riktar sig till artiklarnas uppbyggnad och struktur, samt hur transparenta artikelförfattarna har varit med hur information inhämtats till artikelns resultat. Frågorna kan besvaras med JA eller NEJ, där ett JA ger ett poäng och NEJ ger noll poäng. Maxpoäng är 25 för de kvalitativa artiklarna och 29 för de kvantitativa. Poängsumman räknas om till procent där >80% anses som hög kvalitet, 60–79% som medel kvalitet samt under 60% som låg kvalitet. Av 16 resultatartiklar har sammantaget tolv artiklar uppnått hög kvalitet och fyra artiklar uppnått medel kvalitet efter granskning. Artiklar som inte uppnått medel eller hög kvalitet har exkluderats, vilket resulterade i tre exkluderade artiklar.

3.4 Tillvägagångssätt

Under arbetets gång har arbetsverktyget *Google documents* använts av författarna för att kunna arbeta gemensamt och därmed delat lika på arbetet. Sökningar av artiklar har gjort gemensamt över telefon och dokumenteras noga för att kunna återge sökstrategierna i litteraturöversikten. Inläsning av artiklarna har gjort separat för att sedan diskuteras mellan författarna. Artiklarna som svarade till litteraturöversiktens syfte inkluderades i resultatet. Inkluderade artiklar delades upp lika inför kvalitetsgranskningen, vid oklarheter angående granskningen diskuterades frågorna mellan författarna. För att gemensamt kunna urskilja de olika kategorier samt för att sammanställa resultatets olika kategorier, har även under denna process *Google documents* används. Under skrivprocessen med Resultat samt Diskussionsdel har arbetet delats upp mellan författarna, för att sedan diskuteras och korrigeras gemensamt. Daglig avstämning på telefon har skett under hela arbetet, dels för att fördela arbetet samt för värdefull reflektion.

3.5 Analys och tolkning

Artiklarna lästes ett flertal gånger och diskuterades mellan författarna, vilket Friberg (2012) menar är en förutsättning för att förstå djupet i artiklarna. De utvalda artiklarna till resultatet finns sammanställda i artikelmatris (Bilaga 4).

Resultatet till litteraturöversikten arbetades fram enligt den modell som Friberg (2012) beskriver. Likheter och/eller skillnader i artiklarnas syfte, teoretiska utgångspunkt samt design har i den första genomgången bedömts. Därefter studerades skillnader och/eller likheter i artiklarnas resultat och jämfördes samt diskuterades. Varje artikels olika delresultat som svarade till syftet dokumenterades var för sig, för att sedan skapa kategorier som byggde litteraturöversiktens resultat (a.a). Tidigt i processen under analys och tolkning av artiklar identifierades sju olika problemområden. Efter att ytterligare studerat artiklarna och därefter diskuterat de olika områden, kunde gemensamma punkter och samband ses mellan vissa av de sju kategorierna. Detta resulterade i att de sju kategorierna reducerades till fyra olika kategorier som presenteras i resultatet.

3.6 Forskningsetiska aspekter

Etiska aspekter bör beaktas innan en litteraturstudie genomförs beträffande urval och presentation av resultatet (Forsberg & Wengström, 2013). I en litteraturstudie är undersökningsområdet redan tidigare dokumenterad kunskap, därav betydelsefullt att välja studier som fått tillstånd från etisk kommitté eller har genomgått ett etiskt övervägande (Forsberg & Wengström, 2013). Enligt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2018) ska etiska principer tillämpas vid all forskning som berör människor (a.a.). Med anledning att de forskningsetiska principerna, insamling och lagring av personuppgifter har skett på ett betryggande sätt (Sveriges riksdag, Dir 1997:68). I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2018) hade samtliga vetenskapliga artiklar som framkom i datainsamlingen och som inkluderades i litteraturöversiktens resultat, godkänts av en etisk kommitté eller genomgått ett etiskt övervägande. Alla artiklar skrivna på engelska har översatts till svenska efter bästa förmåga med stöd av Norstedts engelska ordbok (2010) och via elektronisk översättning. Innehållet i artiklarna har sammanställts objektivt och sanningsenligt för att undvika förvrängning eller missvisande fakta som gynnar studiens resultat, eller vinkla till dess fördel (Forsberg & Wengström, 2013). För att ange källor korrekt har Röda korsets APA-guide legat till grund genom hela arbetet.

4. Resultat

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva vilka barriärer som hindrar sjuksköterskan att arbeta personcentrerat i mötet med patienten, vilket genererade fyra kategorier: *Samarbete och teamwork*, *Attityd och kultur*, *Kommunikation och Berättelsen* samt *Tid och resurser*.

Sexton vetenskapliga artiklar har inkluderats i litteraturöversikten, varav tolv med kvalitativ ansats, tre med kvantitativ ansats och en artikel med mixad metod. Artiklarna var ifrån fyra olika länder. Sverige (n=11), USA (n=2), Australien (n=2) och Spanien (n=1).

4.1 Samarbete och teamwork

Bristande teamkänsla mellan ledning och personal (Fix et al., 2018; Moore et al., 2016) samt mellan personalen (Bolster & Manias, 2010; Jangland & Gunningberg, 2017; Larsson & Blomqvist, 2014; Moore et al., 2016; Oxelmark, Ulin, Chaboyer, Bucknall & Ringdal, 2017) sågs som en barriär, vilket bidrog till att patienten inte på ett naturligt sätt blev en del av teamet. Avsaknaden av engagemang samt ett otydligt ledarskap sågs också som orsaker till att det önskade samarbetet inte fick fäste i det dagliga arbetet (Backman, Sjögren, Lindkvist, Lövheim & Edvardsson, 2016; Fix et al., 2018; Jangland & Gunningberg, 2017; Luxford, Safran & Delblanco, 2011; Naldemirci et al., 2017). En anledning till det bristande samarbetet kan enligt Naldemirci et al. (2017) vara den rådande hierarkin som finns i vården, då det i nuläget till stor del är sjuksköterskor som leder införandet av PCV. Vidare visar Naldemirci et al. (2017) studie på bristande engagemang och intresse, främst från läkare att arbeta aktivt tillsammans vid införandet av PCV.

Luxford et al. (2011) menar att en av barriärerna vid PCV är implementeringen av ett nytt förhållningssätt. Luxford et al. (2011) beskriver att det på alla nivåer i organisationen måste finnas en förståelse för att implementeringen är en aktiv process som kommer att ta lång tid. En tydlig gemensam vision om framtiden saknades och utgjorde ett hinder för en gemensam strävan mot en PCV (Luxford et al., 2011; Fix et al., 2018). Bristande kontinuitet i ledarskapet sågs som ett hinder för teamsamverkan, då medarbetarna beskrev det som att "börja om på nytt" när nya ledare tillsattes (Jangland & Gunningberg, 2017). Samarbetet mellan olika professioner sågs också som en barriär (Bolster & Manias, 2010;

Jangland & Gunningberg, 2017; Oxelmark et al., 2017) som i det kliniska arbetet visade sig orsaka en osäkerhet hos sjuksköterskorna (Larsson & Blomqvist, 2014).

Det beskrivs även att rutiner kring dokumentation av PCV var bristfällig (Britten et al., 2016). Vidare beskriver Britten et al. (2016) att strukturella problem i journalsystemen bidrog till att PCV var svårt att dokumentera i den utsträckning som sjuksköterskorna önskade, vilket bidrog till att information om patienten inte fördes vidare i vårdkedjan.

4.2 Attityd och kultur

I ett flertal studier framkom att sjukvårdspersonalens egenskaper många gånger var en barriär för en lyckad implementering och därmed försvårar möjligheten att arbeta personcentrerat (Bolster & Manias, 2010; Jangland & Gunningberg, 2017; Luxford et al., 2011; Moore et al., 2016). Det vill säga egenskaper som att personalen är mottagen för införandet av en förändring, eller om det råder brist på intresse eller engagemang (Moore et al., 2016). Men att försöka ändra skeptiska och stereotypa attityder har visat sig vara en utmaning för ledare och chefer (Alharbi et al., 2012; Backman et al., 2016; Moore et al., 2016), då dagens sjukvård många gånger saknar utrymme för vad som krävs för en förändring (Alharbi et al., 2012; Larsson & Blomqvist, 2014; Moore et al., 2016; Oxelmark et al., 2017; Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark & Edvardsson, 2014). Det var många gånger personalen uppgav sig arbeta personcentrerat, men gled medvetet eller omedvetet in i gamla mönster igen (Bolster & Manias, 2010; Jangland, Larsson & Gunningberg, 2011; Moore et al., 2016). Sjuksköterskor utgick från vad dem ”trodde” var viktigt för patienterna, istället för att fråga, vara lyhörd och lyssna (Bolster & Manias, 2010; Fix et al., 2018; Jangland & Gunningberg, 2017; Larsson & Blomqvist, 2014).

På grund av rutiner och den rådande kulturen som finns på sjukhusavdelningar, påvisade två studier att sjuksköterskor missade tillfällen av möjligheter att bjuda in patienten till delaktighet (Bolster & Manias, 2010; Oxelmark et al., 2017). Att rutiner på avdelningar inte var utformad för att involvera patienten, utan snarare handlade om, hur en rond eller ”morgonarbete” effektivt skulle genomföras (a.a.). Detta resulterade i att sjuksköterskor många gånger fokuserade på rutiner mer än sitt egna förhållningssätt (Bolster & Manias, 2010; Oxelmark et al., 2017). Larsson & Blomqvist (2014) menar att initialt kan detta leda till att patienter begränsas till ett rumsnummer, symtom eller kroppsdel, istället för att lära känna personen bakom sjukdomen (a.a.). Att det därmed fanns en risk att sjuksköterskor

många gånger hade ett mer diagnostiskt tillvägagångssätt, snarare än ett personcentrerat och holistiskt synsätt (Larsson & Blomqvist, 2014; Moore et al., 2016).

4.3 Kommunikation och Berättelsen

Att inte se personen bakom sjukdomen är ett hinder för att arbeta personcentrerat. Skiftet att gå från rutinfrågor till att aktivt lyssna på patientens berättelse är en av barriärerna (Luxford et al., 2011), då sjuksköterskan behöver lämna sin "gamla" roll där hen endast utför de åtgärder som ska bota patientens fysiska sjukdom (Britten et al., 2016; Luxford et al., 2011). Enbart information om det medicinska tillståndet räcker inte för att bygga ett partnerskap med patienten (Alharbi, Carlström, Ekman, Jarneborn & Ohlsson, 2014; Larsson & Blomqvist, 2014; Oxelmark et al., 2017).

Att som patient inte kunna uttrycka sina behov med ord samt önskemål till följd av ett sjukdomstillstånd sågs som ett hinder av sjukvårdspersonalen (Cederwall, Olausson, Rose, Naredi, & Ringdal, 2018; Moore et al., 2016), vilket resulterade till att vården använde sig av anhöriga för att uppnå ett partnerskap (Cederwall et al., 2018). Samtidigt pekar Alharbi et al. (2014) studie på att patienter därav upplevde sig mindre sedda, och att det partnerskap som byggts upp kunde påverkas negativt, om sjuksköterskan tog kontakt med anhöriga utan patientens vetskap.

Cederwall et al. (2018) beskriver att sjuksköterskorna anser att ett starkt partnerskap är viktigt om patienten ska genomgå svåra och krävande behandlingar. Detta då patienten blir mer motiverad om hen får vara delaktig i planeringen av åtgärder, dock menade sjuksköterskorna att detta inte alltid skedde. Komplexiteten i en patients sjukdomstillstånd gjorde att vissa sjuksköterskor undanhöll information från patienten och bjöd inte in till ett partnerskap, då sjuksköterskan inte trodde att patienten skulle gynnas (Oxelmark et al., 2017). Ibland valde patientens själv att vara passiv i sin vård, vilket vissa sjuksköterskor såg som ett hinder i den PCV (Alharbi et al., 2014; Oxelmark et al., 2017). Enligt Alharbi et al. (2014) kan det finnas en kunskapsbrist i hur vården kan bjuda in till delaktighet om patienten väljer att inta en passiv roll.

4.4 Tid och resurser

Ytterligare en barriär för att arbeta personcentrerat, var brist på tid eller resurser (Bolster & Manias, 2010; Cederwall et al., 2018; Jangland & Gunningberg, 2017; Moore et al., 2016; Oxelmark et al., 2017). Där känslor av otillräcklighet eller tidskrävande arbetsuppgifter, exempelvis att vårda akut sjuka människor, medverkade till en stress bland personalen (Bolster & Manias, 2010; Larsson & Blomqvist, 2014). Detta märktes enligt patienterna då sjuksköterskor många gånger uppfattades som stressade och ofta stod vid sänggännen och gav information, samt hade generellt lite ögonkontakt under samtal (Bolster & Manias, 2010). Tidsbristen kunde därmed vara en faktor till att personalen inte hann engagera sig i patienterna och bygga en relation (Bolster & Manias, 2010; Cederwall et al., 2018).

Att bjuda in till delaktighet och uppnå partnerskap med patienten i en stressad vårdmiljö är en utmaning (Jangland & Gunningberg, 2017; Moore et al., 2016; Stuckey et al., 2015) och kräver resurser såsom bemanning (Bolster & Manias, 2010; Cederwall et al., 2018; Luxford et al., 2011) och en god psykosocial arbetsmiljö (Moore et al., 2016). Dock tyder studier på att dagens hälso- och sjukvård med öppna planlösningar, brist på privata ytor och överbeläggningar (Moore et al., 2016), samt brist på bemanning, var en bidragande faktor till att det inte fanns tid eller plats för privata samtal med patienten (Cederwall et al., 2018; Oxelmark et al., 2017). Detta påverkade möjligheten till att uppnå partnerskap (Oxelmark et al., 2017). Det kräver även resurser såsom utbildningsmöjligheter och kunskap för att effektivisera och hitta strategier för att arbeta personcentrerat (Bolster & Manias, 2010; Fix el al., 2018). Dock saknade sjukvårdspersonalen många gånger strategier och struktur (Cederwall et al., 2018; Oxelmark et al., 2017) och uppgav sig veta vad PCV var, men hade svårt att definiera innebörden (Fix el al., 2018).

5. Diskussion

5.1 Sammanfattning av huvudresultat

Sammantaget visar litteraturstudiens resultat flera faktorer som kan utgöra svårigheter för sjuksköterskan att arbeta personcentrerat i mötet med patienten. Bristande samarbete och teamarbete mellan olika professioner inom hälso- och sjukvården var en betydande faktor till att ett PCF inte tillämpas i den utsträckning som är önskvärd. Kombinationen av ett bristfälligt ledarskap och fyrkantig kultur med motsträvande attityder, påverkade inte bara

möjligheten till att uppnå partnerskap med patienten, utan var även en faktor som påverkade möjligheten till individuell samt organisatorisk utveckling. Tidsaspekten var ett återkommande problem i många studier och beskrevs som en barriär för att kunna skapa en relation med patienten, så väl som en hållbar arbetsmiljö. Det framkom även i studier att personal inom hälso- och sjukvården, många gånger saknar kunskap om vad PCV är och hur ett PCF kan tillämpas i klinisk praxis. Dessa faktorer kan vara en avgörande faktor till att ett PCF inte blir en naturlig del av vårdarbetet.

5.2 Resultatdiskussion

5.2.1 Personcentrerad vård

Partnerskapet, Berättelsen samt *Dokumentation* är de kärnkomponenter som ligger till grund för PCV enligt Ekman et al. (2011). *Partnerskapet* skapas utifrån patientens berättelse (Ekman et al., 2011). I litteraturöversiktens alla delresultat sågs brister som resulterar i att det partnerskap som behövs för att uppnå en PCV inte möjliggörs. Oxelmark et al. (2017) lyfter i sin studie att ett partnerskap byggs och stärks genom att: *Lyssna på patienten, Göra patienten delaktig, Delat beslutsfattande* samt att sjukvården *Överlämnar delar av ansvaret* till patienten. Trots detta tyder litteraturöversiktens resultat på att hälso- och sjukvårdsprofessioner inte möjliggör för patienten att dela med sig av sin berättelse i tillräckligt stor utsträckning för att kunna uppnå en vård som bygger på en personcentrerad grund (Alharbi et al., 2014; Larsson & Blomqvist, 2014; Oxelmark et al., 2017). Bidragande faktorer var bristande kunskap i kommunikationen, framför allt övergången från rutinfrågor till ett mer aktivt samtal (Luxford et al., 2011), samt bristande kunskap om vad PCV innebär i sin helhet (Fix et al., 2018). Dokumentationen av PCV menar Ekman et al. (2011) är lika viktig som annan dokumentation inom vården. Trots detta så tyder resultatet på att dokumentationen av PCV var bristfällig (Britten et al., 2016; Moore et al., 2016). Liknande kunde påvisas i De Marinis et al. (2010) studie, då endast 40 procent av sjuksköterskans arbete dokumenterades, samt att dokumentationen minskade ytterligare under perioder med stress. Detta bidrog till att önskemål, preferenser samt individuella behov inte fördes vidare i vårdkedjan (Britten et al., 2016) och kan förklara varför patientens ställning i vården inte har stärkts (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2016) trots införandet av en omarbetad Patientlag (2014:821).

Vårdförbundets (2015) beskrivning av PCV som ”en människosyn som ska vägleda våra handlingar” (s.3) vilket författarna anser tydliggör att förändringen mot en mer PCV kräver ett aktivt arbete, och att synen på människan behöver breddas samt fördjupas. Naldemirci et al. (2017) belyser vikten av utbildning inom PCV, främst kunskaper om vad PCV betyder i det praktiska arbetet, då uppfattningen om vad PCV innebär kan vara varierande bland hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta talar för att det krävs fördjupade kunskaper kring vad PCV är för att kunna tillämpa det i klinisk praxis.

5.2.2 Implementering

En förutsättning för att vård och omsorg baserad på forskning ska bli etablerad, är att resultatet från forskningen måste implementeras i den dagliga vården (Nilsson Kajermo et al., 2014; SSF, 2013). Likheter kan dras till litteraturstudiens resultat där det framkommer att en god och hållbar PCV bygger på en lyckad implementering (Alharbi et al., 2012; Fix et al., 2018; Moore et al., 2016). Samtidigt tyder litteraturstudiens resultat på att det många gånger saknades en tydlig gemensam vision (Fix et al., 2018; Luxford et al., 2011), och ett samarbete mellan hälso- och sjukvårdsprofessioner som inte fungerade (Alharbi et al., 2012; Backman, Sjögren, Lindkvist, Lövheim & Edvardsson, 2016; Bolster & Manias, 2010; Jangland & Gunningberg, 2017; Larsson & Blomqvist, 2014; Luxford, Safran & Delblanco, 2011; Naldemirci et al., 2017), då hälso- och sjukvårdsprofessioner snarare arbetade parallellt än i ett team (Bolster & Manias, 2010; Larsson & Blomqvist, 2014). Sjuksköterskor beskrev att det fanns en osäkerhet samt rädsla för att ”avslöja” något vid frågor från patienten, speciellt vid frågor av medicinsk karaktär såsom nya diagnoser eller förändrad behandling. Detta då avsaknaden av teamarbete bidrog till att planerade och utförda åtgärder inte överfördes till resterande i arbetsgruppen (Bolster & Manias, 2010; Jangland & Gunningberg, 2017; Oxelmark, et al., 2017), vilket kunde vara en bidragande faktor till att implementeringsprocessen misslyckades (Fix et al., 2018; Luxford et al., 2011). Naldemirci et al. (2017) belyser i sin studie att implementeringen av forskningsbaserad kunskap måste bli en del av det dagliga vårdarbetet för att kunna integreras (a.a.), exempelvis genom att omsättas till en hanterbar kunskapsform eller produkt (Grimshaw et al., 2012). Men trots detta, krävs det att det föreligger förutsättningar för införandet (Alharbi et al., 2012; Fix et al., 2018; Moore et al., 2016), såsom engagemang från arbetsgruppen och ett starkt ledarskap (Backman et al., 2016; Jangland & Gunningberg, 2017; Luxford et al., 2011).

Det har visat sig att det finns ett samband mellan PCV och ledarskap, det vill säga att ett bra ledarskap har visat sig innebära en högre grad av PCV. Detta menar Backman et al. (2016) att det har sin förklaring i att personalen tillämpat en högre nivå av ett PCF när det fanns ett bra och tydligt ledarskap (a.a.). Vidare tyder Backman et al. (2016) studie även på ett samband mellan psykosocial arbetsmiljö och nivån av PCV. Det vill säga att en bra psykosocial arbetsmiljö som är förankrad i ett bra ledarskap där medarbetarna finner stöd, resulterade i en högre nivå av PCV. Detta kunde styrkas i en studie av Lehuluante et al. (2012) och Sjögren et al. (2014) som menar att vårdpersonalen upplevde en större tillfredsställelse om arbetet vilade på en personcentrerad grund. Därav är ledarskapet av yttersta vikt för en lyckad implementering (Alharbi et al., 2012; Moore et al., 2016) och för att uppnå en högre nivå av PCV (Backman et al., 2016). Likheter kan dras från (Ross et al., 2014; SSF, 2013) som menar att chefer och ledare bör besitta egenskaper som förmågan, och viljan till att ge återkoppling, att ledaren framhåller vikten av det nya arbetssättet och har kunskap om strategier för införandet. I Fix et al. (2018) studie lyfts även vikten att chefer och ledare bör ha en tydlig förståelse för alla aspekter, av både faktorer som främjar eller hindrar att arbeta personcentrerat för att identifiera dessa faktorer (Fix et al., 2018). Dock menar Nilsson Kajermo et al. (2014) att vissa chefer inom vården inte besitter den kunskap som krävs, vilket gör det svårt att stödja implementeringsprocessen.

5.2.3 Sjuksköterskans ansvar

Det finns reglerat att vård och omsorg ska vila på vetenskaplig grund och tillämpa bästa tillgängliga kunskap (HSL, SFS 2017:30, kap. 5, 1§). SSF (2013) menar att trots detta finns idag ett gap mellan tillgänglig kunskap och den kunskap som faktiskt används. Liknande kunde styrkas av litteraturöversiktens resultat, då sjuksköterskor uppgav sig arbeta personcentrerat, vilket inte alltid visade sig stämma (Bolster & Manias, 2010; Jangland et al., 2011; Moore et al., 2016), och personal uppgav sig veta vad PCV var, men hade svårt att definiera innebörden (Fix et al., 2018).

För att få en god kunskap om patienten och om dennes värderingar, intressen och prioriteringar krävs att sjuksköterskan bör besitta en öppenhet, vilja och intresse att lyssna på patientens egen berättelse och upplevelse (SSF, 2016; Strandberg et al., 2010). Samtidigt tyder litteraturöversiktens resultat på att sjuksköterskor många gånger är

fokuserade på rutiner mer än sitt egna förhållningssätt (Bolster & Manias, 2010; Oxelmark et al., 2017), och att dessa rutiner på avdelningar inte är utformad för att involvera patienten (Bolster & Manias, 2010; Oxelmark et al., 2017). Därav utgick sjuksköterskor många gånger från sin egen uppfattning av situation och erfarenhet istället för att bjuda in till samtal med patienten (Bolster & Manias, 2010; Fix et al., 2018; Jangland & Gunningberg, 2017; Larsson & Blomqvist, 2014). Liknande kunde styrkas av Naldemirci et al. (2017) studie, där det under intervjuer med patienter framkom en bristande kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten. Författarna menar att detta kan vara en bidragande faktor till en lägre nivå av PCV, då Ekman et al. (2011) studie tyder på att det är genom dialogen som patientens berättelse identifieras och är en grundläggande del för att synliggöra vårdbehovet.

I litteraturstudiens resultat visade det sig att tidsbrist i samband med hög arbetsbelastning eller tidskrävande arbetsuppgifter medverkade till en stress bland personalen och var en bidragande faktor till en lägre grad av PCV (Bolster & Manias, 2010; Larsson & Blomqvist, 2014). Liknande kunde styrkas av Naldemirci et al. (2017) studie som tyder på att sjuksköterskor ansåg att det inte fanns tillräckligt med tid för att utveckla och testa nya arbetssätt, exempelvis att effektivisera en personcentrerad vårddokumentation, då detta var tidskrävande. Sjuksköterskor spenderade istället mer tid på själva dokumentationen och mindre tid på att utvärdera styrkor och svagheter med det nuvarande arbetssättet (a.a.). Tidsbristen orsakade även svårigheter för sjuksköterskan att bjuda in till delaktighet och uppnå partnerskap med patienten (Jangland & Gunningberg, 2017; Moore et al., 2016; Stuckey et al., 2015). Detta kan styrkas av Westbrook, Duffield, Li och Creswick (2011) som framhöll i sin forskning om "hur mycket tid sjuksköterskan hade för patienten", där det visade sig att sjuksköterskor endast spenderar 37 procent av deras arbetsdag i anslutning till själva patienten och ändrade arbetsuppgifter var 55 sekund (a.a.). Detta bidrog därmed till att det fanns en risk att sjuksköterskor tenderade att missa eller förbise signaler som kan förknippas med dolda behov, så väl som sjuksköterskans möjlighet att uppnå partnerskap med patienten (Bolster & Manias, 2010; Cederwall, Olausson, Rose, Nared & Ringdal, 2018; Jangland & Gunningberg, 2017; Moore et al., 2016; Oxelmark et al., 2017). Detta kan ändå anses stå i motsats till vad Ekman, Norberg och Swedberg (2014) menar, då PCV inte var något man åsidosätter när det finns tid, utan att det är ett systematiskt och genomgående arbetssätt som inte är tidsberoende (a.a.).

5.3 Metoddiskussion

Studien har genomförts som en litteraturoversikt. Utvalda artiklar har sökts i CINAHL, PubMed, SweMed+ som är databaser som täcker bland annat Omvårdnad, Medicin och Vårdforskning. Genom att söka i flera databaser blir sökresultaten enligt Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016) mer omfattande och är en förutsättning för en bredare inblick inom valt forskningsområde. Henricson (2012) menar också genom att använda fler databaser, som i detta fall samtliga har inriktning inom omvårdnad, minskar risken att relevanta artiklar förbises. Detta medför att litteraturoversiktens trovärdighet stärks. Inkluderade resultatartiklar har även inhämtats från sekundära sökningar och genererade sex artiklar. Författarna utgick då från artiklar som berörde litteraturoversiktens problemområde, därav identifierades intressant fakta och artiklarnas referenslista studerades. Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan detta tillvägagångssätt vara en metod för att hitta intressant fakta utanför sina sökningar, och anses även vara en styrka då risken minskar att förbise ytterligare relevant litteratur (a.a.). Författarna har även utfört en manuell sökning genom GPCC hemsida, där vidare hänvisningar till vetenskapliga artiklar och publikationer finns. En styrka som kan ses utifrån detta är att GPCC är ett forskningscentrum inom området. En svaghet med denna sökstrategi kan vara att det är samma författare som ligger bakom ett flertal studier och finns därmed en risk att resultaten vinklas. Emellertid anser författarna att det även kan ses som en styrka, då GPCC övergripande mål är att stödja och genomföra forskning av hög kvalitet inom personcentrerad vård (GPCC, 2018). Vilket berör litteraturoversiktens område och anses öka trovärdigheten i litteraturstudiens resultat.

Sökorden som författarna till litteraturoversikten utgick från resulterade i en stor mängd sökträffar, dock handlade artiklarna till en stor del om demenssjukvård och palliativ vård. Författarna valde därefter att använda sig av den booleska termen NOT för att begränsa sökningen till artiklar som inte innehöll forskning som specialiserade sig inom demens- eller palliativ vård. Författarna har diskuterat att resultatet hade kunnat sett annorlunda ut om begränsningar inte hade utförts. Dock är syftet med litteraturoversikten att undersöka barriärer i vårdmötet mellan sjuksköterskan och patienten, och inte patienter med ett visst sjukdomstillstånd.

Litteraturoversiktens resultat är baserat på 16 vetenskapliga artiklar, varav tolv med kvalitativ ansats, tre med kvantitativ ansats och en artikel med mixad metod. En styrka som kan ses med litteraturoversiktens resultat är att majoriteten av utvalda artiklar är av

kvalitativ ansats. Enligt Forsberg och Wengström (2013) går det lättare att presentera och beskriva upplevelser och erfarenheter med hjälp av en kvalitativ metod. Ytterligare en styrka med litteraturöversiktens resultat är att majoriteten av artiklar som valts ut till resultatdelen har varit av hög kvalitet enligt Högskolan Dalarnas *Granskningsmall för kvalitetsbedömning* (Willman et al., 2006; Forsberg & Wengström, 2008). Dock kan granskningsresultatets pålitlighet påverkats då granskningsmallen som är modifierad utifrån Willman et al. (2006) och Forsberg och Wengström (2008) ger utrymme för personlig tolkning, vilket kan ses som en svaghet. Resultatartiklarna i litteraturöversikten var publicerade mellan 2010–2018, för att spegla den senaste forskningen, och anses enligt Forsberg och Wengström (2013) stärka trovärdigheten i en litteraturstudie, då tidsbegränsning är att föredra eftersom forskning är under ständig utveckling.

Inkluderade resultatartiklar är från Sverige (n=11), USA (n=2), Australien (n=2) och Spanien (n=1), vilket författarna till litteraturöversikten anser kan vara en svaghet, då det innebär ett relativt smalt geografiskt resultat. Dock har flertalet likheter gällande barriärer för att arbeta personcentrerat identifierats, oberoende i vilket land studierna har genomförts i, vilket istället anses stärka litteraturöversiktens överförbarhet.

5.4 Etikdiskussion

Forsberg och Wengström (2013) belyser vikten av att etiska överväganden görs i relation till de vetenskapliga artiklar som litteraturöversiktens resultat består utav (a.a.). Artiklar som inte hade tillstånd från etisk kommitté eller inte var etiskt övervägande vid granskning, exkluderades enligt rekommendationer från (Forsberg & Wengström, 2013), vilket ses som en styrka. Författarna är medvetna om att det finns en risk för tolkningsfel under översättningsprocessen, då artiklarna är skrivna på engelska, vilket inte är författarnas modersmål. Författarna har med hänsyn till detta läst artiklarna ett flertal gånger och diskuterat innehållet, för att minska risken för misstolkning.

12 av 16 artiklar som inkluderades i litteraturöversiktens resultat hade genomgått prövning av etisk kommitté. 2 av 16 artiklar tog upp i sin studie att dom i enlighet med det svenska etiska protokollet inte krävde ett etiskt godkännande, dock redogjorde forskarna att den etiska uppförandekoden följdes och överensstämde med de etiska riktlinjer som antagits av vetenskapsrådet. Ytterligare 2 av 16 resultatartiklar uppgav inte om forskningen

genomgått prövning av etisk kommitté, dock tog forskarna upp att Institutional Review Board (IRB) granskat deras arbete och krävde därav inget formellt godkännande. Trots detta redogjorde forskarna att deltagare mottagit verbal och skriftlig information om studien och att deltagandet var frivilligt, samt att data behandlades konfidentiellt, vilket författarna till denna litteraturöversikt anser vara en styrka.

Samtliga resultatartiklar, har framhävt i sina studier att studiedeltagare hade erhållit information avseende forskningen och/eller lämnat sitt samtycke till att delta, vilket författarna till litteraturöversikten ser som en styrka i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2018) och Sveriges riksdag (Dir 1997:68).

5.5 Klinisk betydelse för samhället

Författarna anser att litteraturöversiktens resultat är till nytta både för patienter och hälso- och sjukvårdsprofessionen. Genom att identifiera och sammanställa de problemområden som orsakar att sjuksköterskan inte arbetar personcentrerat i mötet med patienten, anser författarna bidra till en ökad förståelse och kunskap inför svårigheten att arbeta personcentrerat. Litteraturöversiktens resultat tyder på att den gemensamma visionen är grunden för att hälso- och sjukvårdsprofessionen ska kunna implementera forskningsbaserad kunskap. Detta anser författarna är viktigt att lyfta då det belyser organisationens betydande roll i processen att forma vården mer personcentrerad för den enskilda patienten.

5.6 Konklusion

Utifrån litteraturstudiens resultat kan det konstateras att PCV förväntas vara en naturlig del av omvårdnaden, men att det finns ett flertal barriärer som försvårar för sjuksköterskan att arbeta personcentrerat i mötet med patienten. Forskning tyder på att en vård som bygger på en personcentrerad grund, har visat sig ha en positiv effekt på både patienten som på hälso- och sjukvårdsprofessionen. Samtidigt pekar litteraturstudiens resultat på att arbeta personcentrerat således inte är helt enkelt, utan kräver aktivt arbete individuellt och kollektivt på olika nivåer inom en organisation för att bli en del av den dagliga praktiken.

5.7 Förslag till vidare forskning

Att arbeta personcentrerat är inte helt enkelt vilket kräver kunskaper kring vad som hindrar och underlättar införandet. Under arbetes gång har författarna till litteraturöversikten kommit till förståelse att för forskningsbaserad kunskap ska bli en del av det dagliga vårdarbetet, krävs det att kunskapen som ska implementeras är hanterbar. Det vill säga att anpassa forskningsbaserad kunskap till klinisk användbara produkter, eller rutiner. En stor del av forskningen pekar även på att för implementeringen ska bli lyckad, krävs det att det föreligger kunskap om vad som hindrar samt främjar införandet. Detta för att hitta specifika strategier som underlättar införandet och att resurser i form av tid, utbildning och god handledning avsätts och prioriteras. Därför anser författarna till litteraturöversikten att det är av stor betydelse att ytterligare studera hur PCV kan omsättas och bli en del av det dagliga vårdarbetet. Detta genom att ytterligare studera barriärer som ligger till grund för problemet för att hitta strategier som istället främjar införandet av PCV.

6. Referenser

- Alharbi, T. S. J., Ekman, I., Olsson, L. -E., Dudas, K., & Carlström, E. (2012). Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care. *Health Policy, 108*(2), 294-301. doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.003
- Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L-E. (2014). Experiences of person-centred care: Patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nursing, 13*(1), 1-9. doi:https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-28
- Backman, A., Sjögren, K., Lindkvist, M., Lövheim, H., & Edvardsson, D. (2016). Towards person-centredness in aged care - exploring the impact of leadership. *Journal of Nursing Management, 24*(6), 766-774. doi.org/10.1111/jonm.12380
- Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies, 47*(2), 154–165. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021
- Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2016). Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations, 20*(3), 407-418. doi.org/10.1111/hex.12468
- Cederwall, C. -J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S., & Ringdal, M. (2018). Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: An interview study. *Intensive & Critical Care Nursing, 46*, 32–37. doi.org/10.1016/j.iccn.2017.11.004
- Commonwealth Fund International Health Policy surveys (IHP). (2016). *How Canada Compares: Results From The Commonwealth Fund's 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries*. Hämtad 2 november, 2018, från IHP, https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC1251

De Marinis, M., Piredda, M., Pascarella, M C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., ... Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care: Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251.

doi:<http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. (s. 69-126). Stockholm: Liber.

Entwistle, A.V., & Watt, S. I. (2013). Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *American Journal of Bioethics*, 13(8), 29-39. doi:<http://dx.doi.org/www.bibproxy.du.se/10.1080/15265161.2013.802060>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. rev. och utök. uppl., s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2017). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *Health Expectations*, 21(1), 300-307. doi:[10.1111/hex.12615](http://dx.doi.org/10.1111/hex.12615)

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation science*, 7(1), 1-17. doi.org/10.1186/1748-5908-7-50

Göteborg Centrum för Personcentrerad vård. (2018). *Om centrum för personcentrerad vård: GPCC*. Hämtad 4 november, 2018, från Göteborgs Universitet, <https://gpcc.gu.se/om-gpcc>

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur

Helsingforsdeklarationen. (2018). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 3 november, 2018, från World Medical Association, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Jangland, E., Larsson, J., & Gunningberg, L. (2011). Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: A phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 533–541. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00860.x

Jangland, E., & Gunningberg, L. (2017). Improving patient participation in a challenging context: A 2-year evaluation study of an implementation project. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 266-275. doi.org/10.1111/jonm.12459

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi: Filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård; Från filosofi till praktik* (s. 21-68). Stockholm: Liber.

Larsson, H., & Blomqvist, K. (2014). From a diagnostic and particular approach to a person-centred approach: a development project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(4), 465-474. doi.org/10.1111/jocn.12628

Lehuluante, A., Nilsson, A. & Edvardsson, D. (2012). The influence of a person-centred psychosocial unit climate on satisfaction with care and work. *Journal of Nursing Management*, 20(3), 319-325. doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01286.x

Luxford, K., Safran, D. G., & Delblanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510-515. doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1093/intqhc/mzr024

May, C., & Finch, T. (2009). Implementing Embedding and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535–554.
doi:10.1177/0038038509103208

McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2),1–9.
doi.org.www.bibproxy.du.se/10.3912/OJIN.Vol16No02Man01

McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E. A. (2003) The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England journal of medicine*, 348(26), 2635-2645. doi.10.1056/NEJMsa022615

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2016). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662-673.
doi.org/10.1111/scs.12376

Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2016). Vården ur befolkningens perspektiv 2016: En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. (2016:5 PM). Stockholm: Myndighet för vård och omsorgsanalys. Hämtad från
<https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2016/>

Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2017). Lag utan genomslag: Utvärdering av patientlagen 2014–2017. (2017:2 R). Stockholm: Myndighet för vård och omsorgsanalys.

Hämtad från <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-patienternas-perspektiv-65-ar-och-aldre/>

Naldemirci, O., Wolf, A., Elam, M., Lydahl, D., Moore, L., & Britten, N. (2017). Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: A qualitative interview study with researchers, professionals and patients. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10. doi:10.1186/s12913-017-2470-2

Nilsson Kajermo, K., Johansson, E., & Wallin, L. (2014). Kunskapsbaserad omvårdnad: Från kunskap till säker och effektiv vård. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 298-329). Lund: Studentlitteratur.

Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2017). Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: Supporting and hindering factors patient participation in care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 612-621. doi.org/10.1111/scs.12486

Perez-Merino, R. (2014). Strategies for enhancing the delivery of person-centred care. *Nursing Standard*, 28(39), 37-41. doi.org/www.bibproxy.du.se/10.7748/ns.28.39.37.e8193

Ross, H., Tod, A. M., & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: The nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1223-1233. doi:10.1111/jocn.12662

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen. (2016). En mer tillgänglig och patientcentrerad vård: Sammanfattning och analys av landstingens och regionernas handlingsplaner-delrapport (Artikel nr: 2016-3-22). Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20115/2016-3-22.pdf>

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2014). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care: A cross-sectional study of residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(9), 1310–1319. doi: 10.1111/jocn.12734

Strandberg, E., Nilsson Kajermo, K., & Wallin, L. (2010). Vet vi vad vi talar om: Forskningsanvändning inom omvårdnad. *Vård i Norden*, *30*(4), 20-25. <https://doi.org/10.1177/010740831003000405>

Stuckey, H. L., Vallis, M., Kovacs Burns, K., Mullan-Jensen, C. B., Reading, J. M., Kalra, S., ... Peyrot, M. (2015). "I do my best to listen to patients": Qualitative insights into dawn2 (diabetes psychosocial care from the perspective of health care professionals in the second diabetes attitudes, wishes and needs study). *Clinical Therapeutics*, *37*(9), 1986-1998. doi.org.www.bibproxy.du.se/10.1016/j.clinthera.2015.06.010

Sveriges riksdag. (Dir 1997:68). Forskningsetik. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening. (2013). *Implementering*. Hämtad 27 september, 2018, från svensk sjuksköterskeförening, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om_implementering_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 6 september, 2018, från svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/personcentrerad-varld>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 23 september, 2018, från svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

Vårdförbundet (2015). *Vad alla behöver veta om personcentrerad vård: en skrift från Vårdförbundet om hur vården kan bli bättre, smartare och säkrare*. Stockholm: Vårdförbundet. Från: <https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battare/vad-alla-behover-veta-om-personcentrerad-varld.pdf>

Westbrook, J. I., Duffield, C., Li, L., & Creswick, N. J. (2011). How much time do nurses have for patients: A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *Health Services Research, 11*(319), 1-12. doi:10.1186/1472-6963-11-319

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4. rev. och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Britten, N. (2017). The realities of partnership in personcentred care: A qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ Open, 17*(7). 1–8. doi:10.1136/bmjopen-2017-016491

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2. rev. och utök. uppl. s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

7. Bilaga

Bilaga 1 Sökstrategi

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval efter lästa titlar	Urval efter lästa abstrakt	Antal utvalda artiklar till resultat efter genomläsning av artiklar, n=15
CINAHL sökning 1 9/10	Person-centered care AND Barriers NOT Dementia	726 57 43	1 0 12	1 0 6	0
CINAHL sökning 2 9/10	Person-centered care AND Implementations NOT Dementia	726 86 62	0 0 18	0 0 8	1
SweMed+ sökning 3 9/10	Person-centered care And barriers	172 3	0 2	0 1	1
CINAHL Sökning 4 10/10	Person-cent* AND Barriers NOT Dementia OR Palliative	2,201 134 96	0 0 2	0 0 2	0(1*)
CINAHL Sökning 5 10/10	Person-centred AND Barriers OR interactions AND nurse	1,280 139 47	0 0 19	0 0 15	6(1*)
PubMed sökning 6 12/10	Person-centered care AND barriers NOT dementia NOT palliative	1,267 97 75 69	0 0 0 10	0 0 0 4	1
PubMed sökning7 12/10	Person-cent* AND barriers AND nurse	3855 242 53	0 0 13	0 0 7	1(6*)

* Siffror inom parentes visar dubletter som förekommit i tidigare sökning.

Manuell sökning 9/10	Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2014). To what extent is the work environment of staff related to person-centred care: A cross-sectional study of residential aged care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 24(9), 1310–1319. doi: 10.1111/jocn.12734	1	1	1	1
Manuell sökning 18/10	Luxford, K., Gelb Safran, D., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> 23(5), 510-515. doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1093/intqhc/mzr024	1	1	1	1
Manuell sökning 18/10	Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2017). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. <i>Health Expectations</i> , 21(1), 300-307. doi.org/10.1111/hex.12615	1	1	1	1
Manuell sökning 19/10	Jangland, E., Larsson, J., & Gunningberg, L. (2011). Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: A phenomenographic study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 25(3), 533–541. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00860.x	1	1	1	1
Manuell sökning 22/10	Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2016). Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. <i>Health Expectations</i> , 20(3), 407-418. doi.org/10.1111/hex.12468	1	1	1	1
Manuell sökning 22/10	Naldemirci, O., Wolf, A., Elam, M., Lydahl, D., Moore, L., & Britten, N. (2017). Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: A qualitative interview study with researchers, professionals and patients. <i>BMC Health Services Research</i> , 17(1), 1-10. doi:10.1186/s12913-017-2470-2	1	1	1	1
	Totalt:	379	94	56	16

Bilaga 2

Granskningsmall för kvalitetsbedömning

Kvalitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7	Är designen relevant utifrån syftet?		
8	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12	Är urvalsmetoden beskriven?		
13	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvARIABLER?		
15	Anges var studien genomfördes?		
16	Anges när studien genomfördes?		
17	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18	Är data systematiskt insamlade?		
19	Presenteras hur data analyserats?		
20	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21	Besvaras studiens syfte?		
22	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
25	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
Summa			

Maxpoäng: 25

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Bilaga 3

Granskningsmall för kvalitetsbedömning

Kvantitativa studier

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterier beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterier beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet??		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		

Maxpoäng: 29

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2006) och Forsberg & Wengström (2008).

Bilaga 4 Artikelmatris

Författare År Land	Titel	Syfte	Design Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
Alharbi, T.S.J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn A., & Ohlsson, L-E. 2014 Sverige	Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study.	Att undersöka om patienterna faktiskt upplevde mening med partnerskap i den nya vårdmodellen, 1 år efter implementering	Kvalitativ Intervjuer 2 medicinska avdelningar där en ny vårdmodell (gPcc modellen) hade implementerats 1 år tidigare	n=16 Patienter med olika medicinska diagnoser	Implementeringen var inte komplett. Men analysen tyder på att patienterna kände sig hörda och att deras egen uppfattning av situation hade blivit noterat. Patienterna kände sig sedda och upplevde att personalen såg dem som person och fokuserade inte bara på själva sjukdomen. Även om vissa patienter inte var intresserade av att delta och spela en aktiv roll i sin egen vård, kan det här relatera i brist på förståelse för hur man bjuder in dem att delta och öka deras självförtroende. Att förändra vården från en mer fyrkantig modell till en vårdmodell, där patienter ses som en partner, kan kräva pedagogiska färdigheter.	88% Hög kvalitet
Alharbi, T.S.J., Ekman, I., Olsson, L-E., Dudas, K., & Carlström, E. 2012 Sverige	Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care	Identifiera av vad Organisationskulturen har för inverkan på patientens osäkerhet under implementering av PCV	Kvantitativ Frågeformulär 5 sjukhus-avdelningar vart undersökta under implementering av PCV-modell	n=117 Sjuksköterska (11% män och 89% kvinnor) n=220 Patienter med kroniskt hjärtfel	Resultatet tyder på att ett sjukhus där en kultur som kännetecknas av stabilitet, kontroll, planering och en högre målsättning är mer hållbart och minskar patientens osäkerhet till skillnad från en kultur som kännetecknas av flexibilitet, sammanhållning och förtroende.	79% Medel kvalitet
Backman, A., Sjögren, K., Lindkvist, M., Lövheim, H., & Edvardsson, D. 2016 Sverige	Towards person-centredness in aged care - exploring the impact of leadership	Att utforska associationen mellan olika ledarskapsbeteenden bland chefer på äldreboenden och PCV och psykosocial arbetsmiljö	Kvantitativ Frågeformulär 188 äldreboende i Sverige deltog i studien	n = 3661 Svensk sjukvårdspersonal på äldreboende	Olika ledarskapsbeteenden hade ett signifikant samband till PCV och det psykosociala klimatet. Nivån på PCV minskade ledarskapets inverkan på det psykosociala klimatet.	79% Medel kvalitet
Bolster, D., & Manias, E. 2010 Australien	Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study	Att undersöka hur sjuksköterskor och patienter interagerar med varandra under medicinska aktiviteter i en akut vårdmiljö med en underliggande filosofi om personcentrerad vård.	Kvalitativ Observation- och semistrukturerad intervjustudie	n=11 Sjuksköterska n=16 Patient	Denna studie avslöjade att i en akut vårdmiljö med en underliggande filosofi om PCV var några interaktioner mellan ssk och patienten under medicinska aktiviteter bland annat att sjuksköterskan fokuserad på rutiner snarare än att utföra en individualiserad patientbedömning och hantering. Att interaktionerna var baserade utifrån ssk uppfattning och inte patientens, vilket påverkade patientens möjlighet till delaktighet. Två huvudorsaker till att inte ett personcentrerat förhållningssätt tillämpats var brist på tid och bristande kommunikation.	92% Hög kvalitet

<p>Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A.</p> <p>2016 Sverige</p>	<p>Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care</p>	<p>Att undersöka professionellas förståelse för PCV rutiner under tiden som gPcc` s modell implementeras i olika vårdssammanhang</p>	<p>Kvalitativ Intervjustudie</p> <p>om: 7 projekt som har kommit en bit med implementeringsprocessen</p>	<p>n=18 kliniska forskare som arbetar med GPCC-modellen</p>	<p>4 olika delar representerar resultatet i från studien. <i>Beskrivningen av PCV:</i> I många av intervjuerna förklarade deltagarnas sin syn på patienten och den personen som fanns bakom sjukdomen, att se skillnaden mellan en patientcentrerad vård och en personcentrerad vård togs även upp. Att förstå att personen som vårdas har resurser som sjukvården bör ta tillvara så att personen kan gå ifrån att vara en passiv patient till en aktiv deltagare i sin egen vård.</p> <p><i>Patientens berättelse:</i> Att lyssna på patientens berättelse togs av många deltagare upp som en central del. Deltagarna beskrev även att beroende på i vilken vårdkontext patienten befann sig kunde nivån av hjälp att formulera mål och göra sin berättelse hörd variera.</p> <p><i>Partnerskapet:</i> Vissa av deltagarna pratade om partnerskapet som likvärdigt, där båda parterna möttes med respekt inför varandras kunskap. Problemet att hålla en professionell hållning som inte går över i en "vänskap" togs också upp som ett problem av personalen.</p> <p><i>Dokumentationen:</i> I organisationer som inte har ett dokumentationssystem som stödjer dokumentation gällande PCV finns stora problem att dokumentera personcentrerade åtgärder. I de organisationer där ett sådant dokumentationssystem finns ses positiva effekter, då partnerskapet säkerställs kontinuerligt med uppdateringar om mål och en plan för att nå dessa.</p>	<p>84% Hög kvalitet</p>
<p>Cederwall, C-J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S., & Ringdal M.</p> <p>2018 Sverige</p>	<p>Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study.</p>	<p>Att fastställa om (1) de tre delarna av PCV (initiativtagande, arbeta och skydda partnerskapet) var närvarande Och (2) identifiera barriärer för PCV vid långvarig avväjning av respirator ventilation</p>	<p>Kvalitativ Sekundär analys av Semi-strukturerad intervju</p> <p>3 Intensivvårdsavdelning i Sverige</p> <p>Från 3 sjukhus (1)Lasarett (2)Universitets-sjukhus</p>	<p>n=19 Intensivvårds-sjuksköterskor</p>	<p>Barriärer som påverkar möjligheten till att arbeta Personcentrerat bestod av bristande samarbete och resurser i team. Att främja möjligheten för patienter att aktivt delta i beslutsfattandet under själva avväjningsprocessen kan optimera dess resultat.</p>	<p>84% Hög kvalitet</p>

<p>Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R.E., Hill, J.N., Mueller, N., LaVela, S.L., & Bokhour, B.G.</p> <p>2018 USA</p>	<p>Patient centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care</p>	<p>Att undersöka hur hälso- och sjukvårds professioners uppfattning om patientcentrerad vård</p>	<p>Kvalitativ Intervjustudie: Om PCV under en period på 4 månader</p>	<p>n= 107 Hälso- och sjukvårds-personal</p>	<p>Resultat: Identifierades tre olika grupper bland vårdpersonalen:</p> <p>Väl införstådda: Att personalen ser patienten som en central del i patientcenterade vården, där även de sociala samt psykologiska aspekterna har en inverkan på patienten. Att bjuda in till ett möte på lika villkor, där patienten blir en del av teamet.</p> <p>Organisatorisk nivå: Delar av personalen såg patientcentrerad vård som något större och för att det ska fungera i praktiken så behövs ett kulturskifte i hela organisationen samt att det är en process som kommer att ta tid.</p> <p>Oförståelse inför patient-centerings begreppet: Delar av personalen såg inte patientcentrerad vård som något nytt samt att dom alltid arbetat patientcentrerat. Vissa ledare ansåg att patientcentrerad vård är en "känsla" och inget som man kan definiera och därför inte heller förklara.</p>	<p>92% Hög kvalitet</p>
<p>Jangland, E., & Gunningberg, L.</p> <p>2017 Sverige</p>	<p>Improving patient participation in a challenging context: a 2-year evaluation study of an implementation project</p>	<p>Att utvärdera ett Implementeringsprojekt om patientdelaktighet</p>	<p>Kvalitativ & kvantitativ</p> <p>Frågeformulär och intervjuer efter ett 2 år långt implementeringsprojekt på 5 olika kirurgisk avdelningar (demografisk data samlades in från 2014)</p>	<p>n= 198 Patient n=102 Sjuksköterska n=5 Avdelningschef</p>	<p>Det långsiktiga Implementeringsprojektet förbättrade inte patienter delaktighet på avdelningarna. Dock beskrevs en förändrad kultur där personalen växte i deras acceptans ang patienternas engagemang i sin egen vård. Flera barriärer för förändring och hållbarhet uppmärksammades.</p>	<p>kvalitativ 84% Hög kvalitet</p> <p>kvantitativ 86% Hög kvalitet</p>
<p>Jangland, E., Larsson, J., & Gunningberg, L.</p> <p>2011 Sverige</p>	<p>Surgical nurses' different understandings of their interactions with patients: a phenomenographic study.</p>	<p>Identifiera och beskriva hur kirurgiska sjuksköterskor förstår deras roller och interaktioner med patienter och deras familjer i en kirurgisk vårdinrättning.</p>	<p>Kvalitativ Intervjuer</p> <p>7 kirurgiska avdelningar från 2 sjukhus</p>	<p>n = 17 Sjuksköterska</p>	<p>Det identifierades fyra sätt att förstå sjuksköterskans roll i interaktioner med patienten: (A) Fokusera på medicinsk behandling, följa föreskrivna instruktioner och upprätthålla rutiner; (B) Att tillhandahålla information, ge service och samordna vård och behandling. (C) Att se patienter som sårbara människor och hjälpa och stödja dem som individer. och (D) Bjuda in patienter till delaktighet i vårdprocessen och uppmuntra dem att ta ansvar i sin egen vård. Att se varje patient som person med individuella behov och personliga resurser.</p>	<p>92% Hög kvalitet</p>

Larsson, H., & Blomqvist, K. 2014 Sverige	From a diagnostic and particular approach to a person-centred approach: a development project.	Att undersöka förändringar över tid i en tvärvetenskaplig grupp som var engagerad i utvecklingsarbete avseende smärta och smärtbedömning	Kvalitativ Observationsstudie under en 5 månaders period på en rehabiliteringsavdelning, specialiserad inom ortopedi.	n=3 sjuksköterska n=2 undersköterska n=1 fysioterapeut	Delaktighet och reflektion var viktiga aspekter för att kunna överföra kunskap i handling och skapa förändring. Deltagarna ändrade sina attityder gentemot patienten som hade smärta, sitt eget sätt att ge omvårdnad och sjukvårdsteamets roll till en mer personcentrerad vård.	84% Hög kvalitet
Luxford, K., Safran, D. G., & Delblanco, T. 2011 USA	Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience	Att undersöka organisatoriska främjande eller hindrande faktorer för en personcentrerad vård i amerikanska vårdinrättningar som är kända för att förbättra patientvården.	Kvalitativ Semi-strukturerad intervju med 8 utvalda sjukvårdsorganisationer	n=40 Personer med chefsposition, Patientrepresentativa kommitté	Flera organisatoriska egenskaper och processer är viktiga främjande faktorer för att göra vården mer patientnära. Stark och engagerat ledarskap, en gemensam strategi som är känd, involvera patienter och deras anhöriga, fokus på anställdas "trivsel" på sitt jobb, regelbunden feedback till anställda, förändra vården utifrån feedback från patienter, ansvarsfördelning, utbildning och support i att arbeta personcentrerat, en arbetsmiljö som främjar förändring. Förändring av organisationskulturen från ett "skyddande-fokus" till "patientcentrerad-fokus" och hur lång tid det tog att övergå till ett sådant fokus var den största barriären för en omvandling av vården för en mer PCV.	76% Medel kvalitet
Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. 2016 Sverige	Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts.	Att utforska hinder och främjande faktorer vid införandet av Personcentrerade interventioner, som är utformad efter GPCC-modellen, i en rad olika vårdinrättningar.	Kvalitativ Semistrukturerad intervjustudie med öppna frågor.	n=18 Forskare från sju olika forskningsprojekt	Barriärer för implementering av personcentrerad vård omfattade tre teman: (1) traditionella metoder och strukturer; (2) skeptiska, stereotypa attityder från hälso- och sjukvårdsprofessioner och (3) faktorer relaterade till utvecklingen av personcentrerade interventioner. Främjande faktorer inkluderade organisatoriska faktorer så som, ledarskap och utbildning och en positiv attityd och tillvägagångssätt av professionella. Utbildade projektledare, patienter tar en aktiv roll i forskning och adaptiva strategier av Forskare, bidrog alla till ökad personcentrerad vård.	92% Hög kvalitet
Naldemirci, O., Wolf, A., Elam, M., Lydahl, D., Moore, L., & Britten, N. 2017 Sverige	Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: A qualitative interview study with researchers, professionals and patients	Att utforska de avsiktliga och framväxande strategierna hos nyckelpersoner som uppstått vid genomförandet av PCV enligt gPcc's modell, framförallt vid specifika sammanhang -för att undersöka hur mottagarna av PCV upplever effekterna av dessa strategier.	Kvalitativ Intervjustudie: Semistrukturerade intervjuer med forskare och medarbetare som hade infört PCV på fyra olika avdelningar samt patienter från en av avdelningarna	n=52 (18) Forskare (17) Medarbetare (20) Patienter	Fyra strategier för att normalisera användningen av PCV identifierades, både avsiktliga samt framväxande. Dessa var att skapa små diskussionsgrupper, Använda sig av PCV ambassadör vid implementering, Använda PCV på ett flexibelt sätt när situationen kräver det, samt Stärka teamkänslan mellan de olika professionerna. När dessa strategier användes resulterade patienternas upplevelse av PCV i tre delar: lugn och ro, Intern överensstämmelse mellan professionerna, samt en icke hierarkisk kommunikation mellan professionerna.	84% Hög kvalitet

<p>Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall T., & Ringdal, M.</p> <p>2017 Sverige & Australien</p>	<p>Registered Nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care.</p>	<p>Att beskriva legitimerade sjuksköterskors upplevelse av patientdelaktighet i vården och vilka barriärer samt främjande faktorer som finns för patientdelaktighet.</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie</p> <p>fyra avdelningar på två sjukhus.</p>	<p>n=20 Sjuksköterska</p>	<p>Resultatet visar på att partnerskap bygger på fyra delar: att lyssna på patienten, göra patienten delaktig, delat beslutsfattande (mellan vården och patienten) samt överlåta delar av ansvaret. Barriärer som identifierades i studien var: patientens egenskaper, avdelningsrutiner, tiden, bristen på samarbete samt nuvarande arbetsätt. Främjande faktorer för delaktighet var: kommunikationsverktyg, vård-dagböcker, PCV samt empowerment</p>	<p>88% Hög kvalitet</p>
<p>Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P.-O., Zingmark, K., & Edvardsson, D.</p> <p>2014 Sverige</p>	<p>To what extent is the work environment of staff related to person-centred care: A cross-sectional study of residential aged care.</p>	<p>Att undersöka sambandet mellan personalens personlighet/karaktär/arbetsmiljö och arbetsbelastning samt PCV</p>	<p>Kvantitativ. Frågeformulär med frågor ang PCV samt arbetsmiljön.</p>	<p>n=1169 Hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p>n= 151 Äldreboende enheter</p>	<p>Höga nivåer av tillfredsställelse hos personalen, kunde mätas under låg arbetsbelastning, låga stressnivåer, en bra psykosocial arbetsmiljö, och att majoriteten av personalen fick utbildning kontinuerligt inom demenssjukvård var faktorer som hade ett starkt samband med en hög nivå av PCV.</p>	<p>75% Medel kvalitet</p>
<p>Stuckey, H. L., Vallis, M., Kovacs Burns, K., Mullan-Jensen, K.B., Reading, J.M., Kalra, S., Wens, J., Kokoszka, A., Skovlund, S. E., & Peyrot, M.</p> <p>2015 Spanien</p>	<p>"I Do My Best To Listen to Patients": Qualitative Insights Into DAWN2 (Diabetes Psychosocial Care From the Perspective of Health Care Professionals in the Second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs Study</p>	<p>Att beskriva ur sjukvårdspersonal perspektiv (med inriktning inom diabetes) om deras roll och ansvar för personer med diabetes (PMD), hälso- och sjukvården och samhället för att förbättra och främja personcentrerad diabetesvård.</p>	<p>Kvalitativ Frågeformulär med öppna och slutna frågor. Om utmaningar, framgångar och önskemål om förbättringsarbete vid behandling av vuxna med diabetes.</p>	<p>n=4785 Sjukvårdspersonal med diabetes-inriktning</p> <p>n=17 Olika länder</p>	<p>Resultaten från denna studie ger en unik inblick i sjukvårdspersonalens synpunkter. Studien identifierade 2 teman: (I) Att sjukvårdspersonalens roller och ansvar övergår från att vara "den som berättar" till att vara "den som lyssnar" på patienten (II) Identifierade barriärer för personcentrerad diabetesvård, vilket inkluderar brist på tid och samarbete från sjukvårdspersonal, brist på tillgänglighet av resurser för behandling och en brist på psykosocialt Stöd. Deras fynd stödjer även dom ursprungliga DAWN- och DAWN2-studien</p>	<p>80% Hög kvalitet</p>