



Högskolan
Kristianstad

Handbok i personcentrering

Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta



**Anna-Karin Edberg, Pernilla Garmy, Sofia Nilsson,
Andriette Näslund & Malin Sundström**

Handbok i personcentrering

Att göra abstrakta begrepp och
komplexa situationer konkreta

Anna-Karin Edberg, Pernilla Garmy,
Sofia Nilsson, Andriette Näslund & Malin
Sundström (red.)

Boken är publicerad med öppen tillgång enligt [CC BY-licens]

ISBN 978-91-89902-18-3

e-ISBN 978-91-89902-19-0

Omslagsbilder: iStock och Emma Edberg Matei

Kapitelbilder: se förteckning sist i boken

Kristianstad University Press, 2025

Tryck: Östertälje Tryckeri AB, Skarpnäck, 2025

Innehåll

Innehåll.....	5
Författarpresentationer	12
Redaktörer.....	12
Övriga författare.....	12
Inledning	18
Hur kom denna bok till?.....	18
Vem vänder sig boken till och hur kan den användas?	18
Hur är boken uppbyggd?.....	19
Vilka är vi som skriver denna bok?.....	19
Vårt stora tack till	19
1 Vad är personcentrering?.....	21
Inledning	21
Personcentrerat förhållningssätt och praktik.....	21
Centrala ramverk och modeller om personcentrering.....	25
Personcentrering i centrala styrdokument.....	30
Personcentreringens framväxt.....	30
Teoretiska och filosofiska utgångspunkter för personcentrering	32
Etiska utgångspunkter	33
Bärande begrepp i ett personcentrerat förhållningssätt	34
Personcentrering på olika nivåer	37
Personcentrering – utmaningar och värdekonflikter	40
Värt att tänka på	43
Att reflektera över	43
Referenser	44
Om författarna.....	47
 DEL I ETT PERSONCENTRERAT SAMHÄLLE	
Inledning – ett personcentrerat samhälle.....	51
2 Samhällets attityder till personcentrerad vård.....	53
Inledning	53
Vad är en attityd?	53

Samhällets attityder uttryckt i svensk lagstiftning	54
Värt att tänka på	55
Att reflektera över	55
Referenser	56
Om författarna	56
3 Tankar om prioriteringar – personcentrering i relation till samhällets resurser	57
Personcentrering – ytterst en fråga om tillit och förtroende.....	57
All offentlig makt i Sverige utgår från folket	58
Valjarna prioriterar hälso- och sjukvården – men	60
Verkligheten tränger sig på i en allt snabbare takt	61
Tänk efter före – den medicinska etiken som en ledstång till välavvägda beslut	62
Värt att tänka på	64
Att reflektera över	64
Referenser	65
Om författaren	65
4 Personcentrering i en statlig utredares huvud.....	66
Inledning	66
Upprinnelsen till en god och nära personcentrerad vård.....	68
Att bedriva förändringsarbete i form av en SOU	71
Att lagstifta om ”mjuka värden” – ett exempel.....	74
Värt att tänka på	76
Att reflektera över	77
Referenser	77
Om författaren	78
5 Samhällsstrukturer som utmanar och främjar personcentrering.....	79
Inledning	79
Personen i samhället – samhället i personen.....	80
Strukturer av ojämlikhet.....	83
Medvetenhet, självkännedom och motstånd	89
Värt att tänka på	92
Att reflektera över	93

Referenser	93
Om författarna	95

DEL II PERSONCENTRERING I PRAKTIKEN

6 Förutsättningar för ett personcentrerat arbetssätt 99

Inledning	99
En stödjande fysisk miljö	100
En stödjande organisation	104
Kunskap, kompetens, nytänkande och förändringsbenägenhet .	109
Värt att tänka på	111
Att reflektera över	112
Referenser	112
Om författarna	114

7 Personcentrerat ledarskap..... 117

Inledning	117
Att leda vård och omsorg	117
Förutsättningar för personcentrerat ledarskap.....	120
Relationsskapande ledarskap och om att göra det tillsammans .	124
Framgångsfaktorer och barriärer för en personcentrerad vård och ett personcentrerat ledarskap	127
Värt att tänka på	130
Att reflektera över	130
Referenser	131
Om författarna	132

8 Verktyg för en personcentrerad praktik..... 133

Inledning	133
Vad är kommunens ansvar?	133
Personcentrering i kommunal vård och omsorg.....	135
Personcentrering över huvudmannagränserna	136
Kvalitetsregister som verktyg för en personcentrerad praktik ...	142
Teknik som verktyg för personcentrerad praktik	147
Välfärdsteknik.....	148
Värt att tänka på	157
Att reflektera över	158

Referenser	159
Om författarna	161
9 Personcentrerade hälsofrämjande insatser.....	163
Inledning	163
Hälsofrämjande insatser	163
Personcentrerat förhållningssätt i hälsofrämjande insatser	165
Att skapa förutsättningar för egenmakt.....	168
Personcentrerade hälsofrämjande insatser genom hela livet.....	172
Effekter och ekonomiska vinster av hälsofrämjande insatser	174
Värt att tänka på	175
Att reflektera över	176
Referenser	176
Om författarna	178
10 Att uppmärksamma behov inom palliativ vård	181
Inledning	181
Samtal för att uppmärksamma behov.....	181
Skattningsformulär för att uppmärksamma behov	182
Samtalskort som verktyg för att uppmärksamma behov	189
Personcentrerad dokumentation	192
Värt att tänka på	195
Att reflektera över	196
Referenser	196
Om författarna	198
11 Personcentrerat förbättringsarbete i praktiken	201
Inledning	201
Förbättringsarbete	201
Vad är förbättringsarbete?.....	202
Vikten av systemförståelse.....	205
Samskapande.....	205
Personcentrering i förbättringsarbete	206
Modeller och verktyg	208
Mätningar	216
Verktyg för teamarbete och samskapande	218

Hållbart förbättringsarbete	219
Persondrivet förbättringsarbete	219
Värt att tänka på	220
Att reflektera över	220
Referenser	221
Om författarna.....	223

DEL III PERSONCENTRERAD UTBILDNING

12 Normkritiska perspektiv i högre utbildning..... 227

Inledning	227
En högre utbildning för alla?.....	228
Normkritik och normkritisk pedagogik.....	228
Hur kan normkritiska perspektiv användas i praktiken?.....	233
Värt att tänka på	243
Att reflektera över	244
Referenser	245
Om författarna.....	247

13 En personcentrerad lärkultur i högre utbildning 249

Inledning	249
Teoretiska utgångspunkter	249
Lärosätets kvalitetsarbete med högskolepedagogik	253
Fakultetsarbete stärker högskolepedagogisk utveckling	256
Utbildningarnas högskolepedagogiska arbete i praktiken.....	258
Samskapandet av en personcentrerad lärkultur.....	266
Värt att tänka på	271
Referenser	272
Om författarna.....	274

14 Att rusta studenterna för personcentrering..... 277

Inledning	277
Att träna i att samtala på personcentrerad grund.....	278
Vad innebär personcentrerade samtal?.....	279
Träning i samtal på personcentrerad grund i utbildning	280
Träning i samtal på personcentrerad grund i praktiken.....	287

Att vara personcentrerad i samtal om levnadsvanor	287
Att bli rustad för personcentrering genom simulering	296
Värt att tänka på	302
Referenser	302
Om författarna	305
15 En forskarutbildning med doktorandernas lärande i fokus .	309
Inledning	309
Vad är en forskarutbildning?	309
Forskarutbildning i en personcentrerad kultur	310
Handledning utifrån doktorandens behov och progression	313
Seminarier – forskarutbildningens ryggrad	316
Värt att tänka på	325
Att reflektera över	325
Tack till	326
Referenser	326
Om författarna	328
16 En modell för personcentrerad forskarhandledning	329
Inledning	329
Modell för personcentrerad handledning	329
Utgångspunkter	332
Förutsättningar	337
Centrala roller och egenskaper	339
Värt att tänka på	347
Att reflektera över	349
Tack till	349
Referenser	349
Om författarna	351
 DEL IV PERSONCENTRERING I FORSKNING	
17 Hur involverar vi de som riskerar att bli exkluderade i forskning?	363
Inledning	363
Svårnådda eller exkluderade?	363
Att involvera personer från målgruppen i forskning	367

Värt att tänka på	376
Att reflektera över	377
Referenser	377
Om författarna.....	379
18 Forskningsetik på personcentrerad grund.....	381
Inledning	381
Forskningsetik på personcentrerad grund	381
Ramverk för forskningsetik – från då till nu och framåt.....	382
Forskningsetik i relation till personcentrering	388
Forsknings- och forskareetik i forskarutbildning.....	392
Att främja allas röster i forskning	397
Forskningsetiska utmaningar vid forskning i samverkan.....	399
Värt att tänka på	402
Att reflektera över	402
Referenser	402
Om författarna.....	403
19 Samverkan i forskning.....	407
Inledning	407
Samverkan i forskning ur ett personcentrerat perspektiv.....	407
Ett samspel mellan förutsättningar, process och resultat	410
Former och metoder för samverkan och involvering	415
Konsten att få till framgångsrik samverkan	419
Värt att tänka på	420
Att reflektera över	421
Referenser	421
Om författarna.....	423

Författarpresentationer

Redaktörer

Anna-Karin Edberg (huvudredaktör) är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad (HKR).

Pernilla Garmy är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Sofia Nilsson är leg. sjuksköterska, egen företagare och före detta riksdagsledamot.

Andriette Näslund är leg. sjuksköterska och områdeschef i Osby kommun.

Malin Sundström är leg. sjuksköterska och universitetslektor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Övriga författare

Jamal Abdulle är aktiv inom den ideella sektorn med att ge barn och ungdomar som bor i bostadsområden som är utsatta för social exkludering, en trygg start i livet.

Sara Alenius är leg. fysioterapeut och doktorand i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Ann-Christine Andersson är leg. sjuksköterska och docent vid Hälsohögskolan i Jönköping och vid Malmö universitet.

Gunilla Andrén-Sandberg är leg. sjuksköterska och universitetsadjunkt i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Lisa Axelsson är leg. sjuksköterska, universitetsadjunkt i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR och doktorand i vårdvetenskap vid Malmö universitet.

Ingela Beck är leg. sjuksköterska och biträdande professor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR och vid Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet.

Lina Behm är leg. sjuksköterska och biträdande professor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Linnea Bengtsson är socionom, skolkurator och kommunpolitiker i Kristianstads kommun samt regionpolitiker i Region Skåne.

Johanna Bergman har sin bakgrund inom idrottsvetenskap och är doktorand i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Maria Bergström är leg. sjuksköterska och verksamhetschef på vård- och omsorgsboendet Tätörtsvägen i Åhus, Kristianstads kommun.

Sara Björklund är leg. sjuksköterska och doktorand i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Kerstin Blomqvist är leg. sjuksköterska och professor emerita i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Åsa Bringsén är folkhälsopedagog och universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Tommy Carlsson är leg. sjuksköterska, barnmorska och docent vid Röda Korsets Högskola.

Daniella Dinse är leg. sjuksköterska, universitetsadjunkt i omvårdnad och doktorand i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Linn Eckeskog är fil. dr i medie- och kommunikationsvetenskap och verksam som författare, föreläsare och konsult.

Emma Edberg Matei är leg. sjuksköterska, universitetsadjunkt i omvårdnad och doktorand i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Anna Edvinsson är leg. sjuksköterska och universitetsadjunkt i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Sofia Ehk är leg. sjuksköterska och arbetar i Göteborgs kommun.

Eva-Lena Einberg är leg. sjuksköterska och universitetslektor i hälsa och vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Birgitta Ender är leg. sjuksköterska och har haft olika chefspositioner inom Primärvården Skåne. Hon är numera pensionär.

Ingela Furenbäck är socionom och universitetslektor i personal- och arbetslivsvetenskap vid Fakulteten för Ekonomi, HKR.

Tide Garnow är leg. sjuksköterska och universitetslektor i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Maria Gottvall är leg. sjuksköterska, barnmorska och docent i omvårdnad vid Röda Korsets Högskola.

Maria Haak är leg. arbetsterapeut och professor i hälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Gita Hedin är folkhälsopedagog och universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Julia Hansson är leg. sjuksköterska och universitetsadjunkt i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Sara Henricsson är leg. tandhygienist, universitetsadjunkt i oral hälsa vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR och doktorand i oral hälsa vid Malmö universitet.

Marie Jönsson är leg. sjuksköterska, universitetsadjunkt i omvårdnad och doktorand i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Ann-Charlotte Karlsson är leg. sjuksköterska och verksamhetschef på ett särskilt boende för äldre i Upplands Väsby kommun.

Staffan Karlsson är leg. sjuksköterska och professor i hälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Atika Khalaf är leg. sjuksköterska och biträdande professor vid Mohammed Bin Rashid University of Medicine and Health Sciences, Dubai, Förenade Arabemiraten och affilierad till HKR.

Lisa Källström är ekonom och biträdande professor i företagsekonomi vid Fakulteten för Ekonomi, HKR.

Helena Larsson är leg. sjuksköterska och universitetslektor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Christine Etzerodt Laustsen är leg. arbetsterapeut och universitetslektor i hälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Vesa Leppänen, fil. dr i sociologi och professor i personal- och arbetslivsvetenskap med inriktning sociologi vid Fakulteten för Ekonomi, HKR.

Petra Nilsson Lindström är docent och biträdande professor i hälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Camilla Malm är socionom och universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Ruben Marin är sociolog och universitetsadjunkt i sociologi med inriktning kriminologi vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Maria Melén är fil. dr i organisationspsykologi och högskolepedagogisk utvecklare vid HKR.

Cicilia Nagel är leg. sjuksköterska, universitetsadjunkt i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR och doktorand i medicinsk vetenskap vid Lunds universitet.

Anna Nergårdh är leg. läkare, med. dr och regeringens särskilda utredare av bland annat God och nära vård och Behovsstyrd vård.

Arnhild Nilsson är leg. sjuksköterska och arbetar inom specialiserad palliativ hemsjukvård (ASIH) i Region Skåne.

Kerstin Nilsson är professor i folkhälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR samt docent i arbetsvetenskap vid Lunds universitet.

Marie Nilsson är fil. kand. i kulturanthropologi och universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Simone Nilsson är alumner från det folkhälsovetenskapliga programmet vid HKR.

Anna Nivestam är leg. sjuksköterska och universitetslektor i hälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Margaretha Norell Pejner är leg. sjuksköterska och docent i omvårdnadsvetenskap vid Örebro Universitet.

Ulrika Olsson Möller är leg. fysioterapeut och biträdande professor i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR samt vid Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet.

Lena Ottosson är leg. sjuksköterska och universitetsadjunkt i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Kristina Persson är folkhälsovetenskaplig och arbetar som aktivitetssamordnare på Förebyggandeenhetens mötesplatser i Kristianstads kommun.

Sofie Persson är leg. sjuksköterska och skolsköterska i Svalövs kommun. Hon är alumner från distriktssköterskeprogrammet vid HKR.

Sara Petersson är leg. sjuksköterska och enhetschef på medicinavdelning neurologi på Lasarettet i Landskrona.

Christa Pranter är leg. sjuksköterska och arbetar inom specialiserad palliativ vård i Lund (ASIH), Region Skåne.

Anna Pålsson är leg. sjuksköterska och universitetsadjunkt i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Sunniva Müller Rasmussen är alumner från det folkhälsovetenskapliga programmet vid HKR och student på masterprogrammet i socialt arbete med inriktning hälsofrämjande arbetsliv vid Högskolan i Gävle.

Eyobel Samson är egen företagare och verksamhetsledare på Youngstival som arbetar med att ge unga personer en meningsfull fritid och stödja dem på vägen in i arbetsliv och studier.

Johanna Sjöbeck är folkhälsovetenskaplig och universitetsadjunkt i folkhälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Marina Sjöberg är leg. sjuksköterska och universitetslektor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Katarina Sjövall är leg. sjuksköterska och universitetslektor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Kirsti Skovdahl är leg. sjuksköterska och professor i hälsovetenskap vid Høgskolen i Østfold, Norge.

Sven-Eric Söder är tidigare statssekreterare och är nu bland annat ordförande i Statens medicinsk-etiska råd (Smer) och för Exportkreditnämnden.

Madelene Törnblom är leg. sjukgymnast och doktorand i vårdvetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Albert Westergren är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR samt hälso- och sjukvårdsstrateg i Region Skåne.

Theres Widgren är alumn från det folkhälsovetenskapliga programmet vid HKR och student på masterprogrammet i socialt arbete med inriktning hälsofrämjande arbetsliv vid Högskolan i Gävle.

Cássandra Winther är folkhälsovetare och universitetsadjunkt i folkhälsovetenskap vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

Helle Wijk, leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt vid Chalmers Tekniska Högskola.

Anne Wissendorff-Ekdahl är leg. läkare, docent i geriatrik och universitetslektor vid Medicinska Fakulteten, Lunds universitet.

Sophia Yakhlef är sociolog och universitetslektor i sociologi med inriktning kriminologi vid Fakulteten för Hälsovetenskap, HKR.

En utförligare beskrivning av författarna finns i respektive kapitel.

Inledning

Hur kom denna bok till?

Tankarna om att skriva en bok om hur personcentrering kan användas i praktiken väcktes i samband med en seminarieserie om personcentrering vid Fakulteten för Hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad (HKR) under 2022. Grundutbildningen till sjuksköterska och forskarutbildningen i vårdvetenskap vid HKR har en tydlig och uttalad grund i personcentrering och dessa seminarier var ett led i att alla medarbetare på fakulteten skulle få möjlighet att fördjupa sina kunskaper inom området. Kirsti Skovdahl, som vid den tidpunkten var gästprofessor vid fakulteten, ansvarade för seminarierna och var även initiativtagare till, och aktivt engagerad i planeringen av, denna bok.

Det finns många böcker som beskriver teorier och ramverk om personcentrering, men färre som beskriver hur dessa teorier kan användas som grund för utveckling av vård och omsorg: på samhällsnivå, inom utbildning och forskning och i praktiken. Vår intention var att skriva en bok som gav praktiska exempel på hur personcentrering kan omsättas inom dessa olika områden. Vi såg ett behov av litteratur som knyter ihop verksamhet, utbildning och forskning och som lyfter fram att dessa delar är ömsesidigt beroende av varandra. Bokens undertitel speglar denna intention och är hämtad från titeln på en avhandling som skrevs av Pia Petersson vid Högskolan Kristianstad för 15 år sedan och handlade om deltagarbaserad aktionsforskning: Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta.

Vem vänder sig boken till och hur kan den användas?

Boken vänder sig egentligen till alla som är intresserade av personcentrering. Bokens olika kapitel vänder sig till olika målgrupper, men kan läsas av alla och varje kapitel kan läsas fristående. Boken kan användas som underlag för diskussion och reflektion i olika arbetsgrupper och inom undervisning, av exempelvis vårdpersonal, ledare, utbildare, forskare, handledare och doktorander. Det finns även ett

studiecirkelmateriel som är baserat på bokens innehåll. Materialet är fritt tillgängligt och finns på: www.hkr.se/fphis

Hur är boken uppbyggd?

Boken består av fyra delar med ett inledande kapitel om personcentrering där teorier, modeller och ramverk beskrivs. Därefter beskrivs ett personcentrerat samhälle (del I), personcentrering i praktiken (del II), personcentrerad utbildning (del III) och sist, personcentrering i forskning (del IV).

Vi har gjort vissa medvetna val när det gäller texten i boken. Exempelvis används ordet ”person” i möjligaste mån i stället för patienter, vårdtagare, boende och individer, såvida det inte avser ett specifikt vårdssammanhang. När det gäller personer som har en diagnos och/eller en eller flera sjukdomar eller funktionsnedsättningar strävar vi efter att använda ”personer med hälsoutmaningar”. För att bidra till att texten blir könsneutral använder vi genomgående ”hen” i stället för han eller hon och ”en” i stället för man.

Vilka är vi som skriver denna bok?

Sammanlagt 74 författare har bidragit med sin gedigna kunskap till denna bok. Flertalet redaktörer och författare arbetar vid Fakulteten för hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad, men bland författarna återfinns personer från andra lärosäten, från civilsamhället, från kommunal och regional vård och från politiken. Vi som redaktörer representerar politiken, vård- och omsorgsverksamheter, utbildning på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå samt forskning. Författare och redaktörer har producerat texterna på sin fritid och helt utan ersättning och boken är därför fritt tillgänglig som e-bok.

Vårt stora tack till ...

Fakulteten för Hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad, och dåvarande dekan Pia Andersson, som genom en omfattande strategisk satsning bidrog till genomförandet av fakultetsgemensamma seminarier under 2021–2023, där alla medarbetare fick möjlighet att fördjupa sina kunskaper.

Sten K. Johnssons stiftelses generösa bidrag för att producera denna bok, utan Er hade det inte blivit någon bok. Stiftelsen har finansierat både internat för planering och genomförande, språkgranskning, grafisk formgivning och tryckning av boken. Stort tack för att Ni, genom Era stipendier, bidrar till att kunskap görs tillgänglig för praktiken.

Bykrogen i Österslöv; utan våra återkommande internat hos Er hade denna bok inte alls blivit lika lustfylld att skriva. Miljön är av stor betydelse för kreativitet och skapande. Så är även möjligheten att få kliva ur sin vardagliga roll för att kunna fokusera och arbeta mot ett gemensamt mål. Stort tack för att Ni har sett till att vi har känt oss som hemma.

Österslöv 2025-01-15

*Anna-Karin Edberg, Pernilla Garmy, Sofia Nilsson, Andriette Näslund
& Malin Sundström*

1 Vad är personcentrering?

Anna-Karin Edberg, Pernilla Garmy & Kirsti Skovdahl

Inledning

I detta inledande kapitel beskrivs utgångspunkterna för personcentrering som syftar till att fungera som en teoretisk ram för att ge en förståelse för övriga kapitel. Bokens övriga kapitel kommer främst att ha fokus på *hur* personcentrering kan tillämpas och *varför* det är viktigt, inom flera olika områden. Texten i detta kapitel strävar inte efter att ge en tydlig definition av, eller utgöra någon avgränsning för, vad personcentrering är, utan snarare visa på vad personcentrering kan vara.

Personcentrerat förhållningssätt och praktik

Personcentrering kan både beskrivas som ett *förhållningssätt* och en *praktik*, det vill säga ett sätt att arbeta (McCormack m.fl., 2021). Personcentrering i ett större sammanhang avser de grundläggande värdena av att vara människa, oavsett roll och kontext. Det innebär att dessa värden även gäller för personer som tillhandahåller, hanterar, samordnar, finansierar och planerar tjänster samt de som utbildar, undervisar eller forskar. En personcentrerad praktik omfattar alltså vårt ”varande” som personer och hur vi relaterar till andra människor och hur de relaterar till oss. Även om tillämpningen av personcentrering är bred har vi i denna bok valt att avgränsa oss till en vårdkontext¹ som omfattar regional hälso- och sjukvård, kommunal vård och omsorg² samt utbildning och forskning.

¹ Begreppet kontext betyder sammanhang.

² Försättningsvis används begreppet ”vård” för alla dessa vårdformer.

Ett *personcentrerat förhållningssätt* innebär att personen är en aktiv deltagare i vården och att det är personen som är expert på hur hälsoutmaningarna³ upplevs och påverkar personens vardagsliv och livssituation. Det innebär också att varje persons unika behov, önskemål, preferenser och värderingar ska vara i centrum och att vårdaren ska sträva efter att förstå och respektera dessa för att kunna erbjuda en personanpassad och, för personen, meningsfull vård. Personcentrering innebär även att se till ”hela” personen, det vill säga livssituation, fysiska, psykiska, sociala, kulturella och existentiella behov, och inte enbart sjukdom eller symtom.

I ett *personcentrerat förhållningssätt* betonas ett hälsoperspektiv som omfattar en förståelse för hur personens hälsoutmaningar påverkar såväl vardagsliv som livssituation och inkluderar personens närstående. Inom personcentrering lyfts personens resurser och förmågor att hantera hälsoutmaningar fram som centrala faktorer. Det är särskilt viktigt att uppmärksamma personer som av olika orsaker har svårigheter att uttrycka sig eller göra sig förstådda. I sådana situationer är det viktigt att göra sitt yttersta för att försöka tolka och förstå personens önskemål och behov. Ett personcentrerat förhållningssätt strävar även efter att främja personens välbefinnande, självbestämmande och autonomi. Det innebär att ge personen information och stöd för att kunna fatta välinformerade beslut om sin vård.

Ett *personcentrerat förhållningssätt* kan också appliceras inom områden som utbildning, socialt arbete, arbetsliv och samhällsplanering. Inom dessa områden handlar det också om att placera personen i centrum och anpassa verksamheten efter personens behov och perspektiv samt främja delat beslutsfattande och inflytande. Även om personen inte är i behov av vård, handlar det om att stärka personens

³ Vi har valt att genomgående använda begreppet ”hälsoutmaningar” i stället för sjukdom, funktionsnedsättningar och symtom.

förmåga att hantera olika situationer och utmaningar och därigenom skapa en meningsfull och hållbar verksamhet som främjar välbefinnande och utveckling. I denna förståelse av personcentrering inkluderas även de personer som ger vård i personbegreppet. De är också unika personer som ingår i ett större team som tillsammans främjar och tillämpar personcentrering i sitt förhållningssätt till varandra och i hur de utför sitt arbete.

En *personcentrerad praktik* grundas på respekt för personens "personhood" (McCormack m.fl., 2021), som på svenska kan översättas till "mänskligt värde". En personcentrerad praktik omfattar även autentiska⁴ möten, delat beslutsfattande, respekt och ömsesidighet. En personcentrerad praktik innebär *inte* att "ta hand om" en person, att "erbjuda vård" eller att "behandla" en person, utan omfamnar en mängd professionella, personliga, kontextuella och politiska förutsättningar som formar hur personcentrerat förhållningssättet blir. Se faktaruta för en översikt av den personcentrerade praktikens värdegrund.

Faktaruta. Den personcentrerade praktikens värdegrund.

- Respekt för personens värde och värderingar.
- Att vara äkta, vilket är en förutsättning för meningsfulla relationer.
- Delat beslutsfattande som bygger på förtroendefulla och sammanflätade relationer.
- Respekt för personens personliga förmågor, preferenser, livsstil och mål.
- Ömsesidig respekt och förståelse för att skapa positiva relationer, oberoende och energi.
- En terapeutisk vårdande relation som fokuserar på individuella behov och som strävar efter positiva resultat.
- Engagemang för hälsa både som process och resultat för att kunna leva ett positivt liv och omfamna alla dimensioner av vår existens.

McCormack m.fl. (2021), s. 15 (förf. översättning)

⁴ Med begreppet autentisk avses att vara genuin, äkta.

En *personcentrerad praktik* innebär även att utveckla, samordna och erbjuda tjänster inom vården som respekterar personens värdighet och unika egenskaper, önskemål och behov, oavsett ålder, kön, social status, ekonomi, tro, etnicitet och kulturell bakgrund. Personcentrerad praktik innebär att planera och ge vård som tar hänsyn till personen i sitt sammanhang.

Närliggande begrepp

Är det då någon skillnad mellan en personcentrerad praktik och andra praktiker där personen sätts i centrum? Vad är till exempel skillnaden mellan personcentrering och personcentrerad vård? Och är det något annat än patientcentrerad vård? Utgångspunkterna för personcentrering återfinns i en stor variation av modeller, teorier och ramverk som tillämpas inom olika verksamheter och sammanhang eller för olika grupper.

- *Personcentrerad vård*: utgår från den enskilda personens värderingar, önskemål och behov och betonar betydelsen av att respektera och bevara personens integritet och värdighet oavsett hälsostatus (McCormack m.fl., 2021).
- *Patientcentrerad vård*: innebär utformning av patientvård där institutionella resurser och personal organiseras kring patienter i stället för kring specialiserade avdelningar (Svenska Mesh, u.å.).
- *Relationscentrerad vård*: har fokus på relationen och ser relationen mellan personen som erhåller vård och den som vårdar som själva kärnan i vårdandet (Nolan m.fl., 2004).
- *Familjecentrerad* eller *familjefokuserad vård*: innebär att vården fokuserar på familjens betydelse för personens upplevelse av ohälsa och sjukdom (Benzein m.fl., 2023).
- *Barncentrerad vård*: strävar efter att stärka de fundamentala principerna om skydd och att främja deltagande för barn. Barncentrerad vård förstärker barnets perspektiv, barnet ses som subjekt som representerar egna upplevelser och önskingar som ska respekteras och förhandlas (Kristensson Hallström, 2022).
- *Personcentrerad medicin*: Att sätta personen i fokus inom medicin innebär en vård som utgår från, handlar om och sker

tillsammans med personen. Genom att sammanföra vetenskap och humanism strävar denna ansats efter en medicin som bygger på evidens, erfarenhet och värderingar, med målet att återställa och främja hälsa för alla (Mezzich m.fl., 2023).

- *Transkulturellt perspektiv:* Bemötande i vården ur ett transkulturellt perspektiv ska inriktas på varje persons unika behov och önskemål. Planeringen av vården bör sträva efter en medvetenhet om olika kulturer och undvika att majoritetskulturens värderingar styr (Hjelm, 2022; Leininger, 1991).

Det finns alltså olika beskrivningar av modeller och teorier som ligger nära personcentrering. Flera av dessa har sin utgångspunkt i samma värden, men betonar andra delar eftersom de är anpassade till olika sammanhang.

Centrala ramverk och modeller om personcentrering

I Sverige används främst McCormack och medarbetares ramverk för *personcentrerad praktik* samt den modell för *personcentrerad vård* som har utvecklats vid Göteborgs Centrum för Personcentrerad vård (GPCC). Dessa beskrivs närmare nedan.

En personcentrerad praktik

Ramverket *Personcentred Healthcare Practice* är utvecklat av McCormack och medarbetare (2021). Genom att tillämpa personcentrerade metoder och principer syftar grunderna i ramverket till att förbättra vårdens kvalitet och säkerhet, främja delat beslutsfattande, samt öka respekt och sympatisk närvaro i mötet och i den miljö som de involverade personerna ingår i. McCormack och medarbetare (2021) betonar vikten av att skapa en vårdkultur som sätter personen med hälsoutmaningar i centrum och som erkänner personens värdighet, respekt och rätt till aktivt deltagande i sin vård.

Ramverket (se figur 1) lyfter fram följande huvudkomponenter:

Makrosammanhang, som beskriver de förutsättningar på system- eller samhällsnivå som är nödvändiga för en personcentrerad praktik och

personcentrerade resultat, det vill säga riktlinjer för hälso- och sjukvård och socialvård, strategiska ramverk, utveckling av personalstyrkan och ett strategiskt ledarskap.

Förutsättningar för personcentrerad vård, som omfattar vårdpersonalens professionella kompetens, interprofessionella färdigheter, engagemang för arbetet, att vara klar över sina egna värderingar och självkännet. Dessa förutsättningar, som rör personalens egenskaper, betraktas som de viktigaste byggstenarna för att kunna erbjuda en god personcentrerad vård eller praktik.

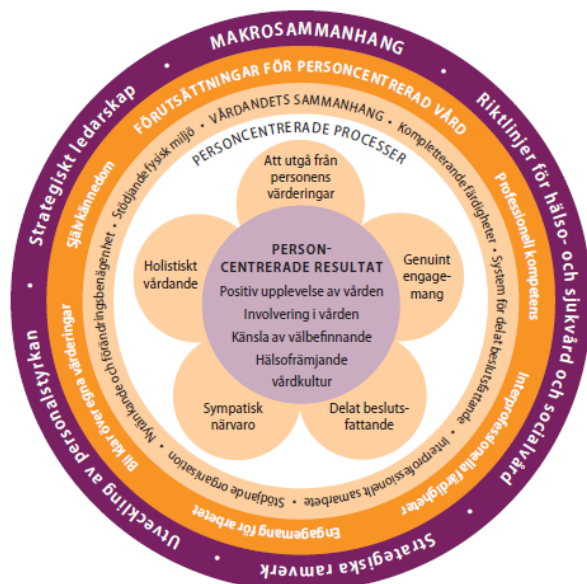
Vårdandets sammanhang, det vill säga den kontext där vården bedrivs och som påverkar hur en personcentrerad praktik kan implementeras. Detta inkluderar kompletterande färdigheter, system för delat beslutsfattande, interprofessionellt samarbete, en stödjande organisation, nytänkande och förändringsbenägenhet samt en stödjande fysisk miljö. I vilken utsträckning miljön främjar och upprätthåller personcentrerade principer har visat sig vara avgörande för en personcentrerad praktik.

Personcentrerade processer, som beskriver metoder och interaktioner som vårdpersonal använder sig av i mötet med personer med olika hälsoutmaningar. Det inkluderar att utgå från personens värderingar, ett genuint engagemang, delat beslutsfattande, en sympatisk närvaro och ett holistiskt vårdande.

Personcentrerade resultat, som beskriver de positiva effekter som uppnås genom en personcentrerad praktik, såsom en positiv upplevelse av vården, involvering i vården, känsla av välbefinnande och en hälsofrämjande vårdkultur.

Förhållandet mellan de olika komponenterna i ramverket kan ses i figur 1. Det är viktigt att vara medveten om att de olika komponenterna inom varje område är sammanlänkade och delvis överlappande och/eller förstärker varandra.

Figur 1. Ramverk för personcentrerad praktik från Blomqvist m.fl. (2024) med tillstånd från förlaget.



Ramverket har utvecklats under mer än två decennier med målet att öka förståelsen av personcentrerad praktik och utveckla kunskap som ifrågasätter allmänt accepterade normer och arbetsmetoder. Det beskrivs som ett verktyg för att belysa praktiken och bidrar med en begreppsapparat som gör det möjligt att operationalisera personcentrering på person-, team-, organisations- och systemnivå.

Ramverket har exempelvis använts som reflektionsverktyg för att stödja aktivt lärande (ICOP, 2024) och som utgångspunkt för förbättring av praxis. Ramverket har även använts som grund för strategiska och politiska ramar, exempelvis Socialstyrelsens riktlinjer och i Norge via en rad så kallade Stortingsmeldinger med nationella strategier och handlingsplaner som styr utvecklingen av hälso- och sjukvårdstjänster (ex. Stortingsmelding nr 31). Ramverket har även använts som teoretisk grund i forskning (McCormack m.fl., 2010) och som pedagogisk grund för utbildningar på grund- och avancerad nivå i omvårdnad (Dickson m.fl., 2020). Ramverket testas och vidareutvecklas kontinuerligt genom ett löpande internationellt samarbete inom ramen för organisationen

”The Person-centred Practice International Community of Practice”, ICOP, som omfattar såväl utbildning som hälso- och vårdorganisationer.

De kommande kapitlen i denna bok kommer att belysa komponenterna i ramverket ytterligare och ge konkreta exempel på hur ett personcentrerat förhållningssätt och en personcentrerad praktik kan tillämpas i olika kontexter.

GPCC:s modell för personcentrerad vård

En modell för personcentrerad vård har utvecklats vid Centrum för Personcentrerad vård (GPCC) vid Göteborgs universitet. Modellen bygger på handlingsetik, särskilt Paul Ricoeurs etik, som syftar till ”ett gott liv, med och för andra i rättvisa institutioner” (Ricoeur, 1992). Det etiska ramverket omfattar således såväl personens autonomi som omsorg om och rättvisa för andra. I personcentrerad vård spelar ”rättvisa institutioner” en central roll. Det är i dessa institutioner som varje patient kan förvänta sig att bli behandlad med största respekt och värdighet. Det innebär även att vårdpersonalen har förtroende för sin organisation, med vetskapen om att den är baserad på rättvisa och etiska principer (Ekman, 2024). Modellen har fokus på patientens etik och filosofi som person. Modellen ramar in och utgår från begreppet partnerskap, och betonar därmed ömsesidig respekt och samarbete mellan vårdpersonal och patienter i olika steg:

- *Initiering av partnerskapet*: patientens (och närståendes) berättelse
- *Utveckling av partnerskapet*: ömsesidig förståelse och utveckling av en vårdplan
- *Upprätthålla relationen*: att dokumentera de överenskomna målen och vårdplanen.

Följande begrepp är således centrala i modellen:

- *Partnerskap*, som innebär att det är fundamentalt att bygga ett partnerskap mellan patienter och vårdpersonal. Det innebär att båda parter deltar aktivt i vårdplanering och beslutsfattande.

- *Patientberättelsen*, som innebär att samla in och använda patientens berättelse, vilket ger insikt i patientens individuella behov, preferenser och värderingar. Detta kräver en helhetssyn på patientens livssituation och kontext, inte bara det medicinska tillståndet.
- *Delat beslutsfattande*, som innebär att stödja patientens aktiva deltagande i sina egna vårdbeslut och genom det främja empowerment och självbestämmande.
- *Dokumentation*, som avser en tydlig och inkluderande dokumentation som speglar partnerskapet och patientens perspektiv och säkerställer att patientens röst hörs och respekteras genom hela vårdprocessen.

Dessa områden formar tillsammans grunden för en vårdmodell där patienten inte bara ses som en mottagare av vård, utan som en aktiv partner i hela vårdprocessen. Personcentrerad vård innebär att se en människa med en diagnos som en person med tankar, känslor, erfarenheter och kunskaper, traditioner och värderingar. Detta förhållningssätt innebär också att patienten tillskrivs både rättigheter och ansvar när det gäller den egna vården (Ekman, 2024).

Personcentrerad praktik i relation till personcentrerad vård

Vilka är då likheterna och skillnaderna mellan ramverket för personcentrerad praktik (McCormack m.fl., 2021) och GPCC:s modell för personcentrerad vård (Ekman, 2024)? Båda betonar vikten av att involvera personen i de beslut som rör vården och de lyfter fram betydelsen av att skapa en vårdande relation mellan personen och personalen. Medan McCormack med flera (2021) fokuserar på bredare dimensioner som kontextuella faktorer, evidensbaserad praktik och ledning, är GPCC:s modell mer direkt kopplad till själva vårdprocessen och partnerskapet med patienten. Det är också viktigt att komma ihåg att de båda modellerna är utvecklade i olika kulturella och organisatoriska kontexter, och med skilda riktlinjer för vård och omsorg, vilket kan återspegla sig i hur de olika dimensionerna betonas.

Personcentrering i centrala styrdokument

Vi ser en ökning av nationella och internationella policy- och strategidokument som betonar ett personcentrerat förhållningssätt och som poängterar behovet av att utveckla personcentrerade kulturer inom vården. Världshälsoorganisationen (WHO) har haft en central betydelse för att nationella strategier har utvecklats för att säkerställa att personen, åtminstone på systemnivå, är i centrum för vården. WHO har även utvecklat flera resurser för att öka förståelsen för personcentrerad vård och stödja implementeringen inom olika organisationer (WHO, 2015). Trots det stora fokuset på personcentrering är uppmärksamheten fortfarande mest inriktad på ”vård” och mindre på hur organisationer skapar personcentrerade kulturer. WHO betonar även ett personcentrerat förhållningssätt genom målet att säkerställa att vården ska grundas på universella principer om mänskliga rättigheter och värdighet, icke-diskriminering, deltagande och inflytande, tillgänglighet och rättvisa.

Den svenska lagstiftningen och olika nationella riktlinjer ger stöd för evidensbaserad vård som även inkluderar personcentrering. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Socialtjänstlagen (SoL) och Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska all vård och omsorg baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och anpassas efter personens behov och förutsättningar. Även Socialstyrelsen, som ansvarar för att ta fram nationella riktlinjer, betonar vikten av att främja ett personcentrerat förhållningssätt i vården. Exempelvis inkluderas personcentrerade rekommendationer i riktlinjerna för demensvård och palliativ vård samt inom andra områden där personcentrerade förhållningssätt anses vara särskilt viktiga. Tillsammans ger detta ett tydligt stöd för implementering av ett personcentrerat förhållningssätt.

Personcentreringens framväxt

Personcentrering och personcentrerad vård kan spåras ända tillbaka till antiken. Exempelvis hade Hippokrates redan för 2500 år sedan väl utvecklade tankar om den fysiska och estetiska miljöns betydelse för tillfrisknande, det vill säga kropp, själ och ande som en helhet. Både österländska och västerländska traditioner har i sin tur legat till grund för en omfattande utveckling av filosofiska, teoretiska och metodo-

logiska perspektiv som har lett till personcentrerad vård, medicin och psykologi.

Florence Nightingale (2010/1859) beskrev redan på 1800-talet betydelsen av en närmast personcentrerad omvårdnad. Hennes fokus var på personer eller grupper av människor, snarare än patienter med sjukdomar. Hon var också den första som beskrev betydelsen av att ha ett hälsoperspektiv i stället för ett sjukdomsorienterat perspektiv. Omvårdnad var dock inte ett eget ämne under sjuksköterskornas pionjärtid och vårdpersonalen fokuserade länge på problem snarare än resurser.

Under 1900-talet blev de västerländska samhällena alltmer individualistiska, vilket även har påverkat sjukvården. Ett sådant exempel är den ökade kunskapen om det mänskliga genomet, vilket har gjort det möjligt att skapa skräddarsydda behandlingsplaner, även benämnt "personalised medicine". Bristen på resurser inom sjukvården har också lett till att människor har fått ta ett ökat ansvar för sin egen hälsa. En positiv effekt av detta är att det finns ett ökat fokus på "personen" inom vården och därmed mer uppmärksamhet på personens behov och prioriteringar avseende behandling och vård.

Psykologen Carl Rogers beskrev under 1960-talet humanistisk psykologi och personcentrerad terapi (Rogers, 1961). Rogers framställs ofta som den som först beskrev personcentrering på det sätt som det idag används. Rogers poängterade vikten av att uppfylla personens personliga potential, behovet av social samvaro, och önskan om att känna anknytning och få erkännande från andra. Det innefattar också att vara öppen för nya erfarenheter, ha tillit och förtroende för andra, vara nyfiken på världen, samt att vara kreativ och medkännande. Detta perspektiv har haft särskilt stort inflytande inom vården till personer med demenssjukdom.

Under 1990-talet fick psykologen Tom Kitwood, och senare Dawn Brooker (2007), stor betydelse för att omvärdera synen på personer med demenssjukdomar. Tom Kitwood (1997) utvecklade konceptet personcentrerad vård genom att betona vikten av att se personen bakom sjukdomen och att många av de beteenden som personer med demenssjukdom hade, egentligen bara var en reaktion på en omgivning som

inte var anpassad till deras behov. Efter Tom Kitwoods död vidareutvecklade Dawn Brooker modellen för personcentrerad demensvård genom att betona vikten av att se personen som en aktiv deltagare i sin egen vård och främja personens välbefinnande (Brooker, 2007). Detta innebär att vården inte bara ska riktas mot personen, utan också att aktivt involvera personen i beslut som rör vården, det vill säga val av dagliga rutiner, aktiviteter och behandlingar. Att främja självbestämmande stärker även känslan av kontroll och identitet hos personer med demenssjukdomar.

Teoretiska och filosofiska utgångspunkter för personcentrering

Utgångspunkterna för personcentrering omfattar olika filosofiska perspektiv och tankesätt. Två framträdande filosofer som har influerat ett personcentrerat förhållningssätt och en personcentrerad praktik är Martin Buber (1970) och Søren Kierkegaard (1995). Båda betonar betydelsen av äkta relationer och vikten av personens subjektiva erfarenheter.

Martin Buber var en judisk filosof och teolog som levde under 1800- och 1900-talet. Han är mest känd för sitt begrepp "Jag-Du-relationen" som betonar vikten av äkta möten och autentiska relationer. Buber tillskriver relationen mellan människor en stor betydelse och han ser den som en plats där verklig gemenskap och förståelse kan skapas. Det kan jämföras med ett personcentrerat förhållningssätt där betydelsen av att vara autentisk och sympatiskt närvarande lyfts fram och som har sin grund i att se människan som en verklig person med unika erfarenheter och känslor.

Søren Kierkegaard var en dansk filosof och teolog som levde under 1800-talet. Han betonade betydelsen av personens subjektiva erfarenheter och existentiella val. Kierkegaard menade att den mänskliga existensen är komplex och att sanningen inte kan reduceras till objektiva antaganden eller allmänna principer. I stället är sanningen något som varje person måste upptäcka genom sin egen personliga resa och reflektion. Det kan jämföras med ett personcentrerat förhållningssätt som framhåller vikten av att vårdpersonalen stödjer och upp-

muntrar personen med hälsoutmaningar att utforska egna värderingar och mål för att kunna leva ett autentiskt och meningsfullt liv.

Etiska utgångspunkter

Det finns flera etiska utgångspunkter som är relaterade till ett personcentrerat förhållningssätt och en personcentrerad praktik. De baseras på tydliga professionella normer, det vill säga en handlings värde (*deontologisk etik*) som syftar till att främja personens självbestämmande och undvika användning av makt och kontroll. Även vikten av att vara transparent och ärlig i all kommunikation poängteras. Det *konsekvensetiska* perspektivet betonar vikten av att maximera fördelarna och minimera nackdelarna av ens handlingar. Inom personcentrerad praktik poängteras att personens behov, välbefinnande och självbestämmande får betydelse för hur personalen handlar. Det *dygdetiska* perspektivet betonar vikten av att handla med integritet och moraliskt ansvar. Inom personcentrerad praktik innebär detta att vara autentisk, sympatiskt närvarande och respektfull i mötet för att främja personens självbestämmande och personlig tillväxt och utveckling. Det *relationsetiska* perspektivet, som framför allt har beskrivits av Emmanuel Levinas (Kemp, 1992) och Knud Løgstrup (1994), kan anses vara särskilt relevant för personcentrerad teori och praktik eftersom deras filosofiska perspektiv betonar vikten av ett etiskt förhållningssätt gentemot andra människor. Deras teorier beskrivs närmare nedan.

Levinas teori betonar människans ansvar och skyldighet gentemot ”Den Andra”, det vill säga den unika, annorlunda och oförutsägbara människa som är helt oberoende av mina egna önskningar och behov. Levinas betonar att vi måste respektera och lyssna på den Andra, och att vi måste öppna oss för den Andras olikhet och olika synsätt. Dessa idéer kan relateras till ett personcentrerat förhållningssätt genom betoningen av att erkänna och respektera den unika personens situation och behov samt att lyssna till personens upplevelser och känslor utan att försöka kontrollera eller påverka.

Løgstrups teori om ”Det etiska kravet” handlar om att människor har en inneboende tillit till varandra och att sociala relationer är grundläggande för vårt sätt att vara i världen. Løgstrup menar att det etiska

kravet och vårt förtroende för varandra är avgörande för vår förmåga att värdera och uppskatta livet. Det kan relateras till ett personcentrerat förhållningssätt genom att personen är en del i ett socialt nätverk och att det är viktigt att bygga förtroende och relationer som främjar personens självbestämmande och personliga växt.

Bärande begrepp i ett personcentrerat förhållningssätt

För att förstå vad ett personcentrerat förhållningssätt innebär i praktiken är det viktigt att se närmare på de bärande begreppen. I det kommande avsnittet går vi därför närmare in på begreppen person, mänskligt värde (personhood), respekt, tillit, erkännande (recognition) och värdighet (dignity).

Att vara en person

Med person avses inte bara en enskild person, utan i en överförd betydelse, en representant för mänskligheten och det sätt på vilket människor lever. Att vara person innebär bland annat att ha en uppfattning om vem en är, både som person och som medlem i grupper eller kollektiv. Det handlar om vilka värderingar och etiska normer vi har och hur vi engagerar oss känslomässigt och rationellt. Dessa är alla element som ingår i att vara människa.

Mänskligt värde (personhood)

Tom Kitwood (se beskrivning tidigare i kapitlet) poängterade att det ”att vara en person innebär att ha ett mänskligt värde”. Han använde det engelska ordet ”personhood”, som kan översättas till personligt eller mänskligt värde, för att definiera den status eller det värde som tilldelas en människa av andra i mellanmänskliga och sociala relationer, vilket innebär igenkännande, respekt och förtroende. Att vara en person innebär således ett beroende av andra som erkänner vår status som människor i en ömsesidig relation. Personen existerar inte isolerat, utan i ett sammanhang där vårt värde som människa blir bekräftat.

Olika sociologer och filosofer har också beskrivit förlusten av mänskligt värde. Erving Goffman (1967) har till exempel beskrivit hur en persons värde förloras när hen reduceras till en kropp eller en

diagnos med standardiserade behandlingsförlopp, medan Michel Foucault (1973) uppmärksammade risken med att vårdpersonalen enbart ser den person som söker vård som ett objekt som ska undersökas och inte som ett subjekt, en person. Cathy Charmaz (1991) beskriver detta som en förlust av "självet", viket i sin tur underminerar personens legitimitet och mänskliga värde. Förlusten av självet innebär i sin tur en ökad maktobalans och en sårbarhet hos personer med stora hälsoutmaningar, vilket lätt kan utnyttjas av personer med större makt. Denna maktobalans har historiskt sett gett vårdpersonalen makt att fatta paternalistiska beslut och utföra behandlingar utan att inkludera personen i beslutsprocessen. Det är således viktigt att vara medveten om obalansen i detta maktförhållande och vara uppmärksam på sårbarheten hos personer som är i behov av vård.

Respekt

På en övergripande nivå ligger respekt till grund för ett personcentrerat förhållningssätt. Respekt är centralt för att kunna etablera en positiv relation mellan vårdpersonal och patient eller lärare och student. När vårdpersonalen visar respekt för varandra och för dem de vårdar är det lättare för patienten att känna förtroende och känna sig trygg i vårdmiljön. Detta kan i sin tur öka patientens engagemang i sin egen vård och förbättra kvaliteten på vården (Ekman m.fl., 2012). Respekt är även en grundläggande kvalitet hos vårdpersonalen som underlättar skapandet av en gynnsam relation och ökar möjligheten att personcentrerad vård blir konkret handling och verklighet.

Tillit

Tillit är ett annat begrepp som hör till värdegrunden för ett personcentrerat förhållningssätt och som har en avgörande betydelse för att skapa en framgångsrik vårdrelation. Tillit handlar om ömsesidigt förtroende och respekt mellan dem som ingår i en relation och är avgörande för att bygga och upprätthålla en ömsesidig och givande relation mellan vårdpersonal och personer med hälsoutmaningar. En tillitsfull relation är grundläggande för att tillsammans kunna arbeta mot samma mål, respektera varandras perspektiv och samverka för att uppnå bästa möjliga vård- och behandlingsresultat.

Ett förhållningssätt som genomsyras av tillit är viktigt av flera skäl. Tillit underlättar förståelse och kommunikation mellan vårdpersonal och personer med hälsoutmaningar. När båda känner tillit till varandra är det lättare att känna sig trygg nog att dela relevant information och viktiga bekymmer för att skapa en ömsesidig förståelse. För att känna tillit krävs att båda parter litar på varandra och att de delar gemensamma mål. Tillit möjliggör även för en person att känna sig delaktig och aktiv, trots sviktande hälsa, och stödjer känslan av autonomi och ansvar för sin egen vård. Genom att känna tillit till vårdpersonalen kan personen känna sig trygg nog att ta egna beslut och vara delaktig i att formulera mål och behandlingsplaner.

Erkännande (recognition)

Erkännande är ett annat viktigt begrepp i värdegrunden för ett personcentrerat förhållningssätt. Erkännande betonar betydelsen av att inte bara behandla en persons medicinska behov, utan också se till hela personen och bekräfta hens existens och värde. Erkännande är därför en grundläggande princip inom personcentrering eftersom det hjälper till att upprätthålla en holistisk syn på vård och behandling. Det skapar också en grund för samarbete mellan vårdpersonal och personer med hälsoutmaningar genom att erkänna att båda parter har en viktig roll i vårdteamet (jfr GPCC:s centrala aspekter). Att bli sedd och bekräftad stödjer även personens känsla av att ses som mer än bara en sjukdom eller en åkomma av vårdpersonalen, vilket i sin tur påverkar såväl självkänsla som självförtroende.

Värdighet (dignity)

Värdighet är ytterligare en central del av ett personcentrerat förhållningssätt och refererar till varje persons inneboende värde och respekt för deras personliga integritet. Inom personcentrering är värdighet en grundläggande rättighet som alla personer, oavsett hälsoutmaningar, har rätt att förvänta sig. En personcentrerad vårdmiljö som värnar om varje persons värdighet ger även förutsättningar för ett ökat välbefinnande och bättre vård för personer med hälsoutmaningar.

Personcentrering på olika nivåer

För att stödja en personcentrerad praktik krävs att hela organisationen genomsyras av personcentrering, från policy till praktik. De olika nivåerna är ömsesidigt beroende av varandra för att målsättningen om ett personcentrerat förhållningssätt och en personcentrerad praktik kan implementeras och visualiseras i mötet mellan personer. Detta gäller såväl samhällsnivå och organisationsnivå som personnivå. De tre nivåerna beskrivs närmare i följande avsnitt.

Samhällsnivå

På samhällsnivå handlar personcentrering om att utforma en vård som främjar en kultur av personcentrering i hela samhället. Det kan också innebära att främja samarbete och samverkan mellan olika vårdgivare och sektorer samt att öka tillgången till personcentrerad information och utbildning i samhället. På samhällsnivå kan personcentrering också innebära att bevaka eller utvärdera vårdkvaliteten för att säkerställa bästa möjliga resultat och tillfredsställelse för personer med hälso-utmaningar och deras familjer.

Under de senaste 25–30 åren har förändringarna i vården varit betydande. De ökande kraven på akutsjukvård, minskningen av antalet tillgängliga vårdplatser, kortare vårdtider, ökad genomströmning och minskade resurser har alla påverkat både den vård som ges och vårdpersonalens arbetssituation. Dessutom har det skett en förskjutning från samhällets kollektiva ansvar för att tillhandahålla en jämlik vård till något som baseras på personens eget ansvar och en ökning av privata, vinstdrivande aktörer. Kombinationen av dessa förändringar har i sin tur konsekvenser för personalens möjligheter att utveckla personcentrerade metoder. Trots märkbara framsteg inom personcentrering återstår mycket arbete för att utveckla vården till en verksamhet som verkligen sätter människor i centrum för vården och uppnår effektiva och meningsfulla resultat. Richards och medarbetare (2015, s. 1), menar att det är ”dags att leverera personcentrerad vård på riktigt” och argumenterar för att detta kräver en radikal förändring i synsättet hos både vårdpersonal och patienter. För att uppnå en sådan förändring behövs ett förändrat fokus från personcentrerad vård till att främja personcentrerade kulturer.

Organisationsnivå

På organisationsnivå handlar personcentrering om att utforma och utveckla vården och vårdmiljöer för att möta behoven hos de personer som får vård. Det betyder att främja en kultur av personcentrering genom att säkerställa att personalen har rätt kompetens och kunskap för att ge personcentrerad vård. Det innebär också att flexibla lösningar som kan anpassas till den enskilda personen och hens familj behövs, och att de behöver involveras i utvecklingen och utvärderingen av vården. På organisationsnivå kan personcentrering även innebära att utforma och tillämpa policyer och riktlinjer som stödjer och främjar personcentrerat förhållningssätt och praktik i hela organisationen.

En personcentrerad vårdmiljö på organisationsnivå innebär att hela miljön är strukturerad på ett sätt som möjliggör och främjar en vård som utgår från personens behov, preferenser och välbefinnande. Detta kräver att styrdokument, kultur, resurser och utbildning är harmoniserade och strävar mot samma mål.

McCormack med flera (2021) beskriver vikten av en ”nurturing environment”, det vill säga en hälsofrämjande miljö som främjar trivsel bland både personal och de personer som vårdas. En hälsofrämjande miljö kännetecknas av ömsesidig respekt, sympatisk närvaro och stöd, där både känslomässiga och professionella behov erkänns och tillgodoses. McCormack med flera (2021) betonar betydelsen av ledarskap som främjar öppen kommunikation, samarbete och kontinuerligt lärande. I en hälsofrämjande miljö prioriteras också individuellt välbefinnande och inkludering som främjar mångfald. I en sådan miljö uppmuntras både personal och de personer som vårdas att aktivt bidra, vilket skapar en känsla av gemenskap och ett gemensamt ansvar för en hälsofrämjande praktik. En sådan omtänksam miljö förbättrar inte bara arbetsförhållandena utan ökar också kvaliteten på den vård som ges.

En personcentrerad vårdkultur kan definieras som en organisationskultur som fokuserar på att respektera, erkänna och stödja personliga behov, önskemål och värderingar hos både personal och de personer som får vård. En personcentrerad vårdkultur förutsätter en öppen och trygg arbetskultur där alla aktivt arbetar med kommunikation och dialog, samarbete och delat beslutsfattande för att skapa en inklu-

derande miljö. En personcentrerad kultur kan ses som en förutsättning för personcentrering, eftersom det är kulturen som upprätthåller den personcentrerade praktiken (McCormack m.fl., 2018). Det kan därmed vara viktigare att fokusera på att utveckla en personcentrerad kultur än att utveckla olika personcentrerade vårdprocesser (McCormack m.fl., 2015). Om inte organisationen stödjer utvecklingen mot en personcentrerad kultur finns det alltså en risk att det bildas en spänning mellan organisationens och vårdpersonalens ideal.

När en organisation präglas av en personcentrerad kultur, ökar möjligheterna för medarbetarna att "blomstra" (flourish). McCormack och Titchen (2014) definierar flourish som:

Människans "blomstring" sker när vi binder och ramar in naturligt samexisterande energier, när vi omfamnar det kända och det ännu inte kända, när vi införlivar kontraster och när vi uppnår stillhet och harmoni. När vi "blomstrar" ger och erhåller vi kärleksfull vänlighet (McCormack & Titchen 2014, s. 19, förf. översättning).

Även om begreppet "flourish" ofta förknippas med något som har med personcentrering att göra har begreppet funnits länge. Redan Aristoteles beskrev betydelsen av att hitta sitt bästa jag, sitt sanna väsen, genom eudaimonia. I engelskspråkig litteratur översätts ofta eudaimonia som just "human flourishing". Seligman (2011) beskriver att flourishing uppstår när vi ägnar uppmärksamhet åt, och medvetet utvecklar och bibehåller, de fem komponenterna i den så kallade PERMA-modellen: positiva känslor, engagemang, relationer, mening och förverkligande (accomplishment). McCormack med flera (2021) menar att PERMA-modellen kan hjälpa oss att förstå och reflektera över olika faktorer för vårt mänskliga blomstrande.

För att verkligen "blomstra" behöver vi som människor dock mer än bara egna ansträngningar och relationer. Kontexten spelar också en stor roll. För att vårdpersonalen ska vara engagerade och blomstra är följande förutsättningar betydelsefulla: en kultur med positiva relationer, överensstämmelse mellan personliga och organisatoriska mål, ledarskap som har fokus på personen och, inte minst, strategier för lärande och utveckling (McCormack & Titchen, 2014).

Även om idealet för personcentrerade relationer som är hälsosamma är att alla ska blomstra, är det viktigt att komma ihåg att det finns situationer då ”blomstring” är svårt att uppnå. Ändå måste vi stödja faktorer som möjliggör blomstring, inte minst därför att det är moraliskt rätt att göra så (Dewing & McCormack, 2017). Publicerade studier om ”flourishing” beskriver bland annat hur vårdpersonal kan uppnå ett tillstånd av flourishing trots utmaningarna i arbetet, eller hur personer som är beroende av vård kan återhämta sig och må bra efter sjukdom. Forskningen inom detta område inkluderar olika aspekter såsom arbetsmiljö, mental hälsa, ledarskap och organisationskultur inom vården (Arbuckle & Reivich, 2011; Midje, 2024).

Personnivå

Denna nivå är den som främst associeras med ett personcentrerat förhållningssätt, personcentrerad praktik och personcentrerad vård. Som tidigare beskrivet handlar det om att personen är i fokus samt att tillgodose unika behov och preferenser. Det handlar om att lyssna på och respektera personens önskemål, värderingar och mål, och aktivt involvera dem i sin egen vård och sitt eget beslutsfattande. Det handlar också om att bygga en tillitsfull och respektfull relation mellan vårdpersonal och personer med hälsoutmaningar och deras närstående.

Personcentrering – utmaningar och värdekonflikter

Detta kapitel och bokens kommande kapitel ger exempel på vad personcentrering kan vara och hur det kan implementeras. Men finns det då inte några utmaningar? En utmaning är att begreppet kan tolkas och förstås olika av olika personer, eftersom det inte finns någon entydig definition att luta sig mot. Även om de flesta studier, i likhet med McCormack med flera (2021) och Ekman (2024), betonar att vården ska basera sig på en humanistisk värdegrund, alla personers lika värde och vikten av att se personen bakom diagnosen, så identifierades inte mindre än 54 olika definitioner och betydelser av personcentrering i en tematisk analys av befintliga studier (Waters & Buchanan, 2017). Även om författarna identifierade vissa nyckelbegrepp, menar de att det finns en risk att konceptet personcentrering översätts olika i olika samman-

hang och kontexter, vilket medför en risk att det missförstås eller fel-tolkas.

Det kan också vara så att olika värden kan stå emot varandra. I en studie om sjuksköterskors och enhetscheferers förståelse för personcentrerad vård inom särskilt boende framkom att de ansåg att personens autonomi och behov samt miljön var viktiga utgångspunkter för att vården skulle bli personcentrerad (Jönsson m.fl., (a)). Men även om autonomi beskrevs som en viktig utgångspunkt, visade deras berättelser att det även kunde användas som ett argument för att inte göra något och därmed riskera vanvård (ex. ”om inte hen vill duscha, behöver hen inte duscha”), men även för att rättfärdiga att åtgärder gjordes mot personens vilja, när det bedömdes att personen inte själv var beslutsförmögen. Ledarna var själva osäkra på var gränsen egentligen gick. Det fanns också paradoxer i ledarnas berättelser om hur vårdtagarnas behov skulle tolkas: i ljuset av ”här och nu” eller i relation till deras livsberättelse? Livsberättelsen kunde i vissa fall användas som argument för att understryka att det var legitimt att inte berätta sanningen eller att till och med ljuga av omtanke för vårdtagaren (Jönsson m.fl., (a)). Även miljön sågs som en viktig komponent för att kunna ge en personcentrerad vård. Den omfattar dock både personens hemmiljö och personalens arbetsmiljö, och ledarna beskrev situationer där personalens behov stod i konflikt med de boendes behov och det var svårt att veta vems behov som skulle ha företräde (Jönsson m.fl., (a)). Det finns således olika förståelser för vad personcentrering är, även bland sjuksköterskor och enhetschefer som är de som ska leda implementeringen av personcentrerad vård.

Även Summer Meranius med flera (2020) pekar på flera paradoxer i beskrivningen av, och forskningen om, personcentrerad vård. Ett exempel är balansen mellan olika personers behov: ju mer uppmärksamhet en person får, desto mindre tid får någon annan. Det är också så att en alltför stark strävan efter att vården ska utgå från personens behov, kan utgöra en risk för att personalen i mindre utsträckning ses som ”personer” med behov och att de därmed riskerar att drabbas av etisk stress och utmattning. Det finns också studier som visar att äldre personer tenderar att drabbas mer av fall på de enheter som har infört personcentrerad vård, vilket enligt Coleman (2003) bland annat kan

bero på att det finns fler hinder i form av växter och djur. Antalet fall är något som även har legat till grund för hälsoekonomiska beräkningar, vilket då visar att personcentrerad vård blir dyrare än vanlig vård (Summer Meranius m.fl., 2020). Det är dock så att mjukare värden som välbefinnande ofta är svåra att ”räkna på”.

Det finns också ett behov av att tydliggöra vad delat beslutsfattande, som är ett nyckelbegrepp inom personcentrering, innebär. Om personen som är i behov av vård inte själv kan ta beslut (ex. små barn och äldre personer med kognitiv svikt), vem ska då vara delaktig i besluten? Är det självklart att närstående alltid har tillräcklig kunskap om vad personen vill, eller inte vill, för att kunna ta beslut i personens ställe? Det finns också en missuppfattning om att delat beslutsfattande innebär att det är patienten/personen som ska besluta om sin vård och ibland läggs det en stor börda på patienter (och i förekommande fall närstående) som kan uppfatta att de själva ska ta beslut om behandling (Thunström m.fl., 2024).

I en debattartikel i Dagens Medicin (13 januari 2025) uppmanar representeranter för patientorganisationer, Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) till att samhället behöver kraftsamla kring personcentrerad vård. De lyfter bland annat vikten av att utveckla verktyg och kunskapsstöd till människor så att de kan delta i beslut som rör deras hälsa. De kommer gemensamt verka för att:

- hälso- och sjukvård och omsorg utvecklar verktyg och kunskapsstöd till människor, så att de kan medverka i sin vård och egenvård, och delta i beslut som rör deras hälsa
- hälso- och sjukvård och omsorg kraftsamlar kring ett personcentrerat arbetssätt
- människor aktivt medverkar i beslut som rör den egna hälsan, vården och omsorgen och delar sina unika erfarenheter, men också tar till sig hälsofrämjande råd och ny kunskap.

Det finns alltså många viktiga frågor som återstår och som behöver synliggöras och tydliggöras för att implementeringen av en personcentrerad praktik ska underlättas. Det behövs också mer forskning som

har fokus på de utmaningar som implementeringen kan medföra och hur dessa ska överbryggas.

Värt att tänka på

Det har redan skett en betydande utveckling, både nationellt och internationellt, för att främja en personcentrerad praktik. Vi ser också en ökning av innovationer och implementering av teknik och digitala lösningar inom vården som kan stödja, men samtidigt vara en utmaning för, personcentrerad vård. Detsamma gäller nya ledarskaps- och organisationsmodeller och ett ökat fokus på interprofessionella team. Det finns dock ett behov av fortsatt utveckling av personcentrerade kulturer, som genomsyrar hela organisationen, för att utvecklingen och implementeringen av en personcentrerad praktik som inkluderar sociala, existentiella och miljömässiga faktorer som påverkar hälsa och välbefinnande, ska bli hållbar.

Den fortsatta utvecklingen behöver även fokusera på att stärka de kompetenser som behövs för att erbjuda personcentrerad praktik genom utbildning och fortbildning, såsom att utveckla interprofessionella värderingar som främjar långsiktig utveckling och hållbarhet.

Att reflektera över

- Vad är personcentrering för dig?
- Försök dra dig till minnes en situation där någon av dina kollegor var personcentrerad – vad kännetecknade den situationen?
- Försök dra dig till minnes en situation där någon av dina kollegor *inte* var personcentrerad – vad kännetecknade den situationen?
- Hur kan ett personcentrerat förhållningssätt komma till uttryck i möten med personer i de olika kontexter som du är i?

Referenser

- Arbuckle, J., & Reivich, K. (2011). Resilience and thriving in health care professions. *Journal of Positive Psychology*, 6(3), 220–235.
- Benzein, E., Hagberg, M., Persson, C., Saveman, B. I., & Syrén, S. (2023). *Att möta familjer inom vård och omsorg: en samtalsmodell på systemisk grund*. Studentlitteratur.
- Blomqvist, K., Edberg, A-K., Ernsth Bravell, M., & Wijk, H. (red.) (2024). *Omvårdnad & äldre*. (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care: Making services better*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Buber, M. (1970). *I and Thou* (W. Kaufmann, övers.). New York: Charles Scribner's Sons. (Originalarbetet publicerat 1923.)
- Charmaz, C. (1991). *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. Rutgers University Press.
- Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 549–555.
- Dewing, J., & McCormack, B. (2017). Creating flourishing workplaces. I: McCormack, B. & McCance, T. (red). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. Wiley Blackwell.
- Dickson, C., Van Lieshout, F., Kmetec, S., McCormack, B., Skovdahl, K., Phelan, A., ... & Stiglic, G. (2020). Developing philosophical and pedagogical principles for a pan-European person-centred curriculum framework. *International Practice Development Journal*, 10, Article 4.
- Ekman, I. (2024) Person-centred care with a foundation in ethics. I: Wolf, A, Forsgren, E., Björkman, I., Edvardsson, D. & Öhlén, J. (red). *Towards State of the Science in Person-Centred Care*, s. 21–28. Göteborgs universitet.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33(9), 1112–1119.

- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic*. New York: Pantheon Books.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual*. New York: Doubleday.
- Hjelm, K. (2022). Transkulturellt perspektiv. *Vårdhandboken*. Reviderad 24 augusti 2022. Faktagranskad av Å. Hörnsten [Hämtad 2024-12-03].
- ICOP (2024). www.pcp-icop.org [Hämtad 2024-12-08].
- Jönsson, M., Dahl, C., Eilard, A., Backman, A., & Edberg, A-K. (a). Discourses of person-centred care in the context of Swedish residential care facilities. Paradoxes in leaders' narratives. *Inskickad för publicering*.
- Kristensson Hallström, I. (2022). Familjecentrerad vård och barncenterad vård. *Barnbladet*, (1), 14–16.
- Kemp, P. (1992). *En introduksjon til Levinas*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kierkegaard, S. (1995). *Works of Love* (H. V. Hong & E. H. Hong, övers.). Princeton University Press. (Originalarbetet publicerat 1847.)
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Jones & Bartlett Learning.
- Løgstrup, K.E. (1994). *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 620–634.
- McCormack, B. & Titchen, A. (2014). No beginning, no end: an ecology of human flourishing. *International Practice Development Journal*, 4(2), 2.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T.E., Porock, D., van Lieshout, F., & Wilson, V. (2015) Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5, Suppl. pp 1–15.
- McCormack, B., Dickson, C., Smith, T., Ford, H., Ludwig, S., Moyes, R., Lee, L., Adam, E., Paton, T., Lydon, B., & Spiller, J. (2018). 'It's a nice place, a nice place to be'. The story of a practice development programme to further develop person-centred cultures in palliative and end-of-life care. *International Practice Development Journal*, 8(1), 1–23.

- McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Wiley Blackwell.
- Mezzich, J.E., Appleyard, J.A., Glare, P., Snaedal, J., & Wilson, C.R. (2023). *Person Centered Medicine*. Springer.
- Midje, H.H. (2024). *Engagement in health and health in engagement. Examining the antecedents and outcomes of work engagement among nursing home staff*. [Doktorsavhandling, Faculty of Health and Social Sciences, University of South-Eastern Norway].
- Nightingale, F. (2010). Florence Nightingale's Notes on nursing: what it is and what it is not. New York: Springer. (Originalarbete publicerat 1859.)
- Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13(s1), 45–53.
- Ricoeur, P. (1992). Oneself as another (K. Blamey, övers.). The University of Chicago Press.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Richards, T., Coulter, A., & Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. *BMJ*, 350, h530.
- Seligman, M. (2011). *Flourish*. New York: Free Press.
- Stortingsmelding nr. 31 (2018-2019) "Kvalitet og pasientsikkerhet 2018"
- Summer Meranius, M., Holmström, I.K., Håkansson, J., Breitholtz, A., Moniri, F., Skogevall, S., Skoglund, K., & Rasoal, D. (2020). Paradoxes of person-centred care: A discussion paper. *Nursing Open*, 7(5):1321–1329.
- Svenska MeSH. (u.å.). Patientcentrerad vård. Karolinska Institutet Universitetsbiblioteket [Hämtad 2024-12-02].
- Thunström, L., Wiljén, A., Edberg, A-K, Forsgren, E., Granger, B., Backman, A., Pham, L., Nilsson, S., Þórarinsdóttir, K., Van Der Zijpp, K., & Stuber, K. (2024). Major concepts and attributes of personcentred care. I: Wolf, A, Forsgren, E., Björkman, I., Edvardsson, D. & Öhlén, J. (red) *Towards State of the Science in Person-Centred Care*, s. 83–86. Göteborgs universitet.
- Waters, R. A., & Buchanan, A. (2017). An exploration of person-centred concepts in human services: a thematic analysis of the literature. *Health Policy*, 121(10), 1031–1039.
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centered and integrated health services*.

Om författarna

Anna-Karin Edberg (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hon var vicerektor för forskning, och senare studierektor för forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande, under de år som utbildningen planerades, startade och utvecklades. Hon undervisar i forskarutbildningen och handleder flera doktorander inom området personcentrering och är redaktör för flera böcker som har fokus på, eller omfattar, personcentrering.

Pernilla Garmy är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hon var mellan åren 2022 och 2024 prodekan för fakulteten för hälsovetenskap och därefter ordförande i det högskoleövergripande etikrådet vid HKR. Hon leder forskningsmiljön Cyphisco som samlar forskare med intresse för barn och ungas hälsa och välmående. Pernilla undervisar i forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande och handleder flera doktorander inom området personcentrering.

Kirsti Skovdahl är leg. sjuksköterska och professor i hälsovetenskap vid Høgskolen i Østfold, Norge där hon är prodekan för forskning vid Fakulteten för hälsa, välfärd och organisation. Hon har tidigare varit gästprofessor vid Högskolan Kristianstad och var då knuten till forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande. Kirsti har varit medlem i det internationella nätverket CPC-ICOP i flera år. Hon har handlett flera doktorander avseende personcentrerad förankring och har arbetat med utveckling och implementering av personcentrering i en skandinavisk kontext.

Del I

Ett personcentrerat samhälle

Inledning – ett personcentrerat samhälle

Sofia Nilsson

Att skapa en vård som är både effektiv och mänsklig har alltid varit en komplex utmaning. Som sjuksköterska har jag på nära håll sett hur vårdpersonal dagligen kämpar för att balansera medicinska krav med patienternas individuella behov och önskemål. Som beslutsfattare på nationell nivå har jag sett hur våra beslut påverkar hela vårdstrukturen. För att nå en verkligt personcentrerad vård krävs det att vi inte bara ser patienten som en mottagare av medicinsk behandling, utan som en aktiv part i sin egen vårdresa. Det innebär också att vi på politisk nivå måste skapa en sammanhängande kedja där varje länk – från lagar och regelverk till praktiska beslut i verksamheterna – är utformad för att stödja och främja ett personcentrerat arbetssätt.

Frågan vi måste ställa oss är: Vad händer om beslutsfattare och lagar inte fullt ut understödjer en personcentrerad vård? På ytan kan det verka som att vårdpersonalen, utrustad med forskningsbaserad kunskap och goda intentioner, ändå skulle kunna bedriva en vård som sätter patienten i centrum. Men verkligheten är betydligt mer komplex. För att personcentrerad vård ska bli en fungerande praxis, krävs det att beslutsfattare skapar en miljö där detta synsätt inte bara tillåts, utan aktivt främjas och integreras i alla delar av vårdsystemet. I de följande kapitlen i denna del av boken kommer vi att få ta del av reflektioner, erfarenheter och tankar kring hur, eller kanske om, personcentrering understöds i beslutsprocesser, lagar och styrande dokument.

Personcentrerad vård handlar om att sätta patienten i centrum, att lyssna på deras personliga och unika berättelser och att integrera deras perspektiv i vårdprocessen. Detta tillvägagångssätt har visat sig förbättra vårdresultaten, öka patienttillfredsställelsen och till och med minska kostnaderna genom att undvika onödiga behandlingar och sjukhusvistelser. Men om det nu är så bra, varför prioriterar vi inte att arbeta på det sättet fullt ut redan idag?

I dagens hälso- och sjukvårdssystem bygger prioriteringsplattformen på tre principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer är grundläggande för att säkerställa en rättvis och effektiv resursfördelning. Men trots att människovärdesprincipen betonar alla människors lika värde och rättigheter, reflekterar prioriteringsplattformen inte alltid fullt ut värdet av personcentrerad vård. Behovs- och solidaritetsprincipen fokuserar på att tillgodose de mest angelägna behoven, vilket är centralt, men för att verkligen stödja personcentrerad vård måste vi också beakta patienternas upplevelser och delaktighet. Behöver vi en omställning i hur vi ser på vårdens prioriteringar? Eller behöver vi kanske en översyn av prioriteringsplattformen?

Som beslutsfattare och sjuksköterska upplever jag att en av de största utmaningarna vi står inför är att överbrygga klyftan mellan teori och praktik. Beslutsfattare på alla nivåer måste ha en djupare förståelse för vad personcentrerad vård innebär och vad som krävs för att stödja den. Det handlar inte bara om att tilldela resurser, utan också om att skapa en vårdkultur där patientens röst är central. Regelverk och lagar måste utformas för att uppmuntra och möjliggöra detta arbetssätt, och vi måste införa system för att kontinuerligt utvärdera och förbättra vården utifrån ett personcentrerat perspektiv. För att möjliggöra detta krävs en aktiv dialog mellan politiker, vårdpersonal och patienter. Vi måste lyssna på dem som arbetar i vården och dem som använder den, förstå behov och utmaningar och se till att beslut stödjer arbetet.

När politiken prioriterar personcentrerad vård skapar vi förutsättningar för vårdpersonalen att ge den bästa möjliga vården. Vi stärker förtroendet för vården och bidrar till en bättre hälsa för hela samhället. Att arbeta för en personcentrerad vård är inte bara en fråga om vårdens kvalitet, utan om rättvisa och respekt för varje människas unika värde och värdighet. Detta är den kompass som jag tror måste vägleda våra beslut när vi formar framtidens hälso- och sjukvård. I kapitel 2–5 kommer du som läsare att få ta del av fyra olika avsnitt där vi belyser personcentrering ur ett samhällsperspektiv.

2 Samhällets attityder till personcentrerad vård

Kerstin Blomqvist & Ingela Beck

Inledning

Kanske kan det idag kännas som en självklarhet att en patient ska vara involverad och delaktig i beslut som rör den egna hälsan och vården. I realiteten ligger det inte så långt tillbaka i tiden när läkarens eller sjuksköterskans ord var ”lag”, medan den vårdsökande fick rätta sig efter deras beslut. Förändringen i synen på den vårdsökande, från underlägsen och beroende till att vara involverad och delaktig, beskrivs som ett paradigmskifte (McCormack & McCance, 2010; 2017). Personcentrering har blivit en rörelse med målet att göra vården mer humanistisk genom att den som söker vården är en central person när det kommer till beslutsfattande. Med ett personcentrerat förhållningssätt fattas beslut om vård och behandling gemensamt mellan den som söker vård och vårdgivaren. Bådas specialistkompetens beaktas i beslutet; vårdtagaren är specialist på det egna livet medan professionen har det professionella kunnandet. I det följande kapitlet ska vi se om, och i så fall hur, den personcentrerade ideologin finns representerad i samhällsliga attityder och värderingar och i den lagstiftning som ligger till grund för vård och omsorg.

Vad är en attityd?

Men först några ord om vad en attityd innebär och vilka former en attityd tar sig. Enligt Tornstam (2018) innefattar en attityd tre aspekter av ett fenomen, i det här fallet fenomenet personcentrering. Den första aspekten kallar Tornstam för ett *kunskapsmoment*, som i detta fall handlar om vilka föreställningar och vanföreställningar som finns om personcentrering. Forskning inom personcentrering lyfter fram att personal ibland uttrycker att de har kunskap om personcentrering och att enheten de är anställda vid arbetar personcentrerat. Samtidigt visar forskning att så inte alltid är fallet; det finns olika missförstånd och felaktiga uppfattningar om personcentrering. En sådan är att det alltid

är patientens önskemål som ska råda och det finns en rädsla för att vården ska bli en mottagare av ”beställningar” av den behandling som patienten önskar. Men personcentrering handlar om att bådas röster måste få höras och det är därför viktigt att börja med att ta reda på patientens tankar, förväntningar och farhågor. Först när personalen förstår hur patienten tänker kan ett samtal påbörjas där personalen får ge sin bild av situationen och möjliga åtgärder. Den andra aspekten i en attityd är en *känslaspekt*. De känslor personen har om fenomenet kan vara positiva eller negativa. En negativ känslomässig inställning till personcentrering kan vara att personcentrering bara är ett modeord som inte gör någon verklig skillnad. Den tredje aspekten kallar Tornstam för en *handlingskomponent*. Den handlar alltså om hur personen har som vana att handla när en möter det aktuella fenomenet. När kunskaps-, känslö- och handlingsaspekterna inte överensstämmer med varandra blir attityden synlig. Det skulle kunna handla om en sjuksköterska som anser sig ha kunskap om personcentrering och också håller med om att vården ska vara personcentrerad, men som genom att informera patienten utan att ge utrymme för patientens frågor visar att personcentreringen inte är så djupt förankrad. En attityd blir alltså tydlig när det vi säger inte stämmer överens med det vi gör.

Samhällets attityder uttryckt i svensk lagstiftning

Attityder återfinns inte bara hos enskilda individer utan även i samhället i stort. Men hur ser då vårt samhälles attityder till personcentrering ut? Ett sätt att få syn på detta är att se vad som finns beskrivet i lagstiftning och andra regelverk. Lagar och regelverk visar ett samhälles värderingar och vilka målsättningar som finns.

Finns det stöd för att vårt samhälle har en positiv attityd till personcentrering inom vård och omsorg? Mycket talar för det, även om ordet personcentrering inte är tydligt utskrivet. I hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslag, 2017) står det exempelvis att hälso- och sjukvården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lättillgänglig. Det står också att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

God kontakt med personalen, självbestämmande och integritet är ju centrala aspekter av personcentrering. Vad en god kontakt innebär rent konkret eller vikten av att lyssna på patientens berättelse finns däremot inte tydligt utsagt i lagen.

Patientlagen (2014) är kanske den lag som allra tydligast trycker på rätten till självbestämmande och delaktighet. Lagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja integritet, självbestämmande och delaktighet. Även här finns alltså integritet och självbestämmande, men nu kompletterat med delaktighet. Delaktighet är ju en viktig aspekt av personcentrering. Självbestämmande och delaktighet finns även i Socialtjänstlagen (2001). Där står det om demokrati, solidaritet, trygghet, jämlikhet samt rätten att delta aktivt i samhällslivet. Ännu tydligare blir personcentrering i det stycke i Socialtjänstlagen, 5 kap. 4 §, som specifikt handlar om äldre. Här står att läsa att äldre människor ska få möjlighet att leva ett värdigt liv, känna välbefinnande, kunna leva och bo självständigt och tryggt och ha en tillvaro som känns meningsfull. I ytterligare ett dokument inom socialtjänstens område, Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre (2012), finns mer konkreta beskrivningar av vad det innebär. Så långt kan vi se att det redan nu finns mycket som tyder på att vårt samhälle vill att hälso- och sjukvård i allmänhet, och vård och omsorg i synnerhet, ska bli mer personcentrerat även om ordet inte används i lagarna.

Värt att tänka på

Attityder finns i olika omfattning hos de flesta människor. Genom att bli medveten om vilka attityder som finns runtom oss, och som är styrande, ökar möjligheten att förändra attityder som begränsar människors delaktighet och inkludering på olika sätt.

Att reflektera över

- Vilka är dina erfarenheter av attityder till personcentrerad vård? Hur är attityderna till personcentrering på din arbetsplats eller i de sammanhang där du befinner dig?

- Vad främjar personcentrering på din arbetsplats eller sammanhang där du befinner dig? Vad tror du är viktigt för att införa, upprätthålla och utveckla ett personcentrerat förhållningssätt?

Referenser

- Hälso- och sjukvårdslag.* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice.* Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred practice in nursing and health care.* Wiley-Blackwell.
- Patientlagen.* (SFS 2014:821). Socialdepartementet.
- SCB. (2021). *Bilagor till Sveriges framtida befolkning 2021–2070. Demografiska rapporter 2021:1.*
- Socialtjänstlag.* (SFS 2001:453). Socialdepartementet.
- Tornstam, L. (2018). *Åldrandets socialpsykologi.* (Nionde upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Värdegrund i socialtjänstens omsorg om äldre.* (SOFS 2012:3). Socialstyrelsen.

Om författarna

Kerstin Blomqvist är leg. sjuksköterska och professor emerita i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Kerstin har arbetat med personcentrering i sin forskning och undervisning samt som författare och redaktör av läroböcker om personcentrering. Kerstin ansvarade även för utvecklingen av HKR:s forskarutbildning inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande.

Ingela Beck är leg. sjuksköterska och biträdande professor i omvårdnad vid Fakulteten för Hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad och vid Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet. Ingela undervisar och forskar om personcentrerad vård.

3 Tankar om prioriteringar – personcentrering i relation till samhällets resurser

Sven-Eric Söder

Personcentrering – ytterst en fråga om tillit och förtroende

Efter många år i ledande ställning inom politik och statlig förvaltning, men också inom läkemedelsindustrin, har jag blivit alltmer övertygad om betydelsen av att ibland zooma ut för att se den stora bilden. Min erfarenhet är att det är viktigt att försöka se och förstå de stora skeendena och dragen i samhällsutvecklingen, för att i förlängningen ha förmåga att skapa verklig förändring i vardagen. Hälso- och sjukvårdssektorn utgör inget undantag. Med aldrig så goda ambitioner att skapa lokal förändring kan det tyvärr vara svårt att nå resultat om inte de övergripande förutsättningarna finns på plats. Jag är övertygad om att så är fallet också för den personcentrerade vården.

Svensk hälso- och sjukvård står idag inför många utmaningar. I fokus för många regioner är nu de ekonomiska påfrestningarna. Men ytterst handlar framtiden om att säkerställa att vården har förmåga och kapacitet att leva upp till målen för hälso- och sjukvården så som de är formulerade i hälso- och sjukvårdslagen. Svensk hälso- och sjukvård ska erbjuda en vård på lika villkor för hela befolkningen (Hälso- och sjukvårdslag, 2017). Dagens utmaningar accentueras också av den snabba omvärldsutvecklingen. Aldrig tidigare har den tekniska utvecklingen gått snabbare än nu. Denna utveckling kommer i grunden att förändra betingelserna för våra liv, och självfallet kommer också hälso- och sjukvården att påverkas. Utvecklingen inom bland annat AI och syntetisk biologi erbjuder naturligtvis utmaningar, men också stora möjligheter. Men ska dessa möjligheter kunna tillgodotas på ett sätt som kommer alla till del och ligger i linje med hälso- och sjukvårdslagen, måste också hälso- och sjukvården vara rustad för det. En framgångsrik vård förutsätter att patienterna har förtroende för vården. Förtroende tar tid att bygga, men kan lätt raseras. Det är i det

perspektivet jag ser att den personcentrerade vården är betydelsefull inte bara för den enskildes hälsa, utan också för tilliten till hälso- och sjukvården i stort. Genom att tillämpa ett förhållningssätt och arbetssätt i vården där den enskilde deltar aktivt i sin vård, sin egenvård och i beslutsprocessen, skapas tillit och förtroende.

Ekonomi, organisation och styrning samt kompetensförsörjning är avgörande för om det ska vara möjligt att framgångsrikt tillämpa ett personcentrerat vårdkoncept. I den bemärkelsen finns det ett tydligt samband mellan den kliniska personcentrerade vården i vardagen och hälso- och sjukvårdens övergripande styrning och organisation, finansiering och kompetensförsörjning. Det är om betydelsen av det sambandet, och vad som riskerar att hända om sambandet fallerar, som det här kapitlet handlar.

All offentlig makt i Sverige utgår från folket ...

När vi tänker på vilken lagstiftning som är relevant för hälso- och sjukvården är det lätt att först och främst tänka på hälso- och sjukvårdslagen. Men för att återgå till tanken att se till den större bilden är faktiskt också våra grundlagar, genom Regeringsformen, intressanta i sammanhanget. Regeringsformen, som i sin nuvarande form dessutom firar 50 år 2024, och vars första paragraf inleds med "All offentlig makt i Sverige utgår från folket" och avslutas med "Den offentliga makten utövas under lagarna" (Regeringsformen, 1974). Regeringsformen slår vidare fast att "Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet". Regeringsformen anger dessutom att den offentliga makten ska "verka för social omsorg och trygghet och goda förutsättningar för hälsa" (Regeringsformen, 1974). Medborgarnas tillgång till *goda förutsättningar för hälsa* är med andra ord grundlagsskyddad.

Hälso- och sjukvårdslagen säger vidare att "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. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården", samt att "Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa". Innehållet i såväl

våra grundlagar som hälso- och sjukvårdslagen går inte att missuppfatta. Innebörden och ambitionen är tydlig.

Hälso- och sjukvårdslagen kan emellertid sägas vara en mållagstiftning och är i den bemärkelsen inte bindande. Men frågan inställer sig naturligtvis hur medborgarnas förtroende för samhället generellt och hälso- och sjukvården i synnerhet påverkas när målet för hälso- och sjukvårdslagen är svårt att uppfylla. För det råder ingen tvekan om att så är fallet. Av Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) senaste hälso- och sjukvårdsbarometer framgår exempelvis att över 40 procent av befolkningen upplever att vården inte ges på lika villkor. De regionala skillnaderna är också stora. I ett par regioner upplever över hälften av medborgarna att vården inte ges på lika villkor (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023). Regionerna har också påtagligt svårt att leverera på den så kallade vårdgarantin, som stipulerar att patienterna har rätt till relevant vård inom 90 dagar. Enligt SKR är väntetiderna framför allt långa vid det första besöket i specialiserad vård och första åtgärd/operation i specialiserad vård (Sveriges Kommuner och Regioner, 2024).

Folkhälsomyndighetens mätningar visar dessutom att vår befolknings hälsostatus och ytterst vår medellivslängd i stor utsträckning är beroende av vår socioekonomiska ställning (Folkhälsomyndigheten, 2023). Hälsa är en klassfråga. Samtidigt är det viktigt att inse att bilden inte är entydig. Enligt OECD (2023) hävdar sig svensk sjukvård väl i en internationell jämförelse. Det gäller samtliga fem områden som jämförs: hälsostatus i befolkningen, hälsorisker, tillgång till hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdens kvalitet samt hälso- och sjukvårdens kapacitet och resurser.

Men den sammantagna trenden ger trots allt anledning till oro. Hälso- och sjukvårdens ekonomi är ansträngd, köerna är för långa, alltför många upplever att vården inte ges på lika villkor, och hälsoklyftan mellan personer med stark respektive svag socioekonomisk ställning ökar. Denna olyckliga trend måste brytas, både för den enskildes hälsa skull och för medborgarnas tillit till hälso- och sjukvården och ytterst vårt samhälle. Det är i det perspektivet det är viktigt att se betydelsen av och potentialen för den personcentrerade vården. En väl fungerande personcentrerad vård ser till personens hela livssituation och bidrar till

egenansvar och en förstärkt preventiv vård. Vinsterna är uppenbara för såväl personen som för samhället i stort.

Väljarna prioriterar hälso- och sjukvården – men ...

Hälso- och sjukvårdens funktionalitet är ytterst en fråga om liv och död. Det är därför logiskt att samhället och vi som personer och invånare, avsätter betydande resurser till hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens andel av bruttonationalprodukten, BNP, var enligt SCB 10,5 procent år 2022 (SCB, u.å.). De offentliga myndigheterna finansierade 86 procent av de totala utgifterna, medan hushållen genom patientavgifter och andra avgifter stod för 13 procent.

Vi kan också se att väljarna i allt större utsträckning prioriterar hälso- och sjukvården. SOM-institutet vid Göteborgs universitet redovisar i sin nationella undersökning Svenska trender 1986–2023 att 70 procent av de tillfrågade har mycket eller ganska stort förtroende för sjukvården (SOM-institutet, 2024). Andra mätningar visar också att väljarna anser att hälso- och sjukvården är samhällets viktigaste politiska fråga. I september år 2024 publicerade Novus en mätning som visar att 59 procent av väljarna anser att sjukvården för närvarande är den viktigaste politiska frågan, före lag och ordning och skola och utbildning i nämnd ordning (Novus, 2024).

Hälso- och sjukvårdens betydelse för våra liv och vårt välbefinnande, dess andel av vår gemensamma ekonomi och dess framträdande position bland väljarnas prioriteringar borde naturligtvis leda till att frågan dominerar det politiska samtalet och debatten. Så är nu inte riktigt fallet. Hälso- och sjukvårdsfrågan är komplex och har ofta svårt att ta plats i det mediala bruset. På samma sätt är det utmanande för de politiska partierna att kommunicera budskap som å ena sidan är slagkraftiga och begripliga, och som å andra sidan fångar och adresserar de stora och på sikt avgörande utmaningarna för hälso- och sjukvården. Det finns helt enkelt inga enkla svar på komplexa frågor. I en tid som i stor utsträckning präglas av förenkling och ibland till och med förvanskning, one-liners och strävan efter ”likes” i sociala medier, är detta en formidabel utmaning.

Resultatet blir att det tyvärr inte förs en riktigt kvalificerad diskussion om hälso- och sjukvården som motsvarar de förväntningar som väljarna med största sannolikhet har när de anser att just hälso- och sjukvården är samhällets viktigaste fråga. Det innebär också att de stora och avgörande frågorna om den framtida hälso- och sjukvården inte belyses och diskuteras på ett kvalificerat sätt i det offentliga samtalet.

Verkligheten tränger sig på i en allt snabbare takt ...

Vi lever i en tid med ytterst snabba förändringar. Den tekniska utvecklingen är revolutionerande. Inom AI och syntetisk biologi görs det nu framsteg i en takt som mänskligheten aldrig tidigare upplevt. Genredigering, xenotransplantation, brain-computer-interface, 3D-printing och precisionsmedicin är några andra begrepp som i snabb takt har blivit eller kommer att bli etablerade inom hälso- och sjukvården. Vi talar om framsteg som har förutsättningar att skapa helt nya behandlingsmetoder och en mer individualiserad och effektiv vård, men också nya material och tillverkningsmetoder. Och det är en utveckling som hela vårdkedjan måste förhålla sig till. Från övergripande politiska inriktningsbeslut till den kliniska vardagen, inklusive den personcentrerade vården.

Vi upplever också över tid en demografisk utveckling mot en alltmer åldrande befolkning. Enligt SCB beräknas antalet personer som är 80 år eller äldre utgöra 8 procent av befolkningen 2040. Det ska jämföras med 5,5 procent år 2022 (SCB, 2024). Samtidigt minskar barnafödandet och ligger nu på rekordlåga nivåer. Fruktsamheten är nu under 1,45 barn per kvinna, vilket är den lägsta nivån sedan SCB började mäta 1749. Den demografiska utvecklingen innebär glädjande nog att vi blir äldre, men det för samtidigt med sig att efterfrågan på vård från äldre ökar. Samtidigt kommer det låga barnafödandet naturligtvis att innebära mindre årskullar som vi kan rekrytera den framtida hälso- och sjukvårdspersonalen från. Den starka tillväxten av antalet äldre kommer att öka behovet av arbetskraft inom både hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Med dagens utbildningsdimensionering finns det risk för fortsatt brist på flera yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården fram till 2040 (SCB, 2024).

Givet dagens problem med kompetensförsörjningen och det framtida behovet av kompetent personal inom äldreomsorgen och hälso- och sjukvården, är det uppenbart att sektorn står inför en formidabel utmaning. En utmaning som måste lösas, och är helt avgörande för hälso- och sjukvårdens förmåga att erbjuda vård i linje med målet för hälso- och sjukvårdslagen. Det gäller också möjligheten att erbjuda en välutvecklad personcentrerad vård. För att hantera dessa grundläggande tekniska, demografiska och kompetensmässiga utmaningar måste hälso- och sjukvården och dess huvudmän vara förändringsbenägna. Icke-förändring innebär i praktiken tillbakagång.

Hälso- och sjukvården är idag organiserad i 21 regioner vars geografiska indelning följer den statliga länsindelningen, en indelning som har sina rötter från 1634 då den första länsindelningen genomfördes. Naturligtvis har länsindelningen förändrats sedan dess, men faktum kvarstår att länsindelningen utgör grunden för dagens regioner som sedan 2019 omfattar samma geografiska områden som länen. Det är därför relevant att ställa sig frågan om denna från början statliga indelning av landet också är relevant och funktionell för att styra och leverera vård idag? Är det optimalt att ha samma geografiska organisationsindelning för så vitt skilda områden som den kollektiva regionaltrafiken och hälso- och sjukvården? Mycket talar för att så inte är fallet. Förutsättningarna är för olika regionerna emellan. En ny organisation och styrningsmodell för hälso- och sjukvården är därför angelägen. En väl fungerande och ändamålsenlig organisation av hälso- och sjukvården är också grundläggande för den personcentrerade vården i praktiken.

Tänk efter före – den medicinska etiken som en ledstång till välvägd beslut

I mitt arbete som ordförande i Statens medicinsk-etiska råd (Smer) försöker jag att regelbundet påminna mig om grunden för mitt och rådets uppdrag. Och uppdraget är naturligtvis att bistå med medicinsk-etisk analys, medicinsk-etiska råd och att stimulera till en bredare samhällsdiskussion om de viktiga medicinsk-etiska frågorna. Men det är bara möjligt om vi är öppna för eftertanke och reflektion.

Jag är också övertygad om att behovet av eftertanke och reflektion bara kommer att öka i takt med att våra samhällen utvecklas allt snabbare. Välavvägda och genomtänkta beslut kräver helt enkelt förutom kunskap också just eftertanke och reflektion. Och i olika besluts-situationer inom hälso- och sjukvårdens alla nivåer, ställs vi inte sällan inför etiska vägval.

”En etisk analys kan sägas vara en strategi och ett redskap för hur avvägningar kan göras när det finns konflikter mellan olika intressen och värden. Genom att göra en etisk analys kan en således komma fram till ställningstaganden i frågor där det finns olika värderingar och intressekonflikter. Ett av syftena med den etiska analysen är att göra alla berörda medvetna, inte bara om fakta och sådana värderingar som kan verka uppenbara, utan också om underliggande och ibland osynliga värderingar.” Så förklarar Statens medicinsk-etiska råd, Smer, vad etisk analys är (Smer, 2018).

Hälso- och sjukvården är i någon mening en ständigt arbetande ”prioriteringsorganisation”. Så är det och så måste det vara. Samhällets resurser är inte oändliga. För att så långt som möjligt säkerställa att resurserna används ansvarsfullt, krävs det att det görs prioriteringar. Men även om resurserna vore oändliga skulle det krävas ständiga prioriteringar för att fatta rätt beslut för att ytterst värna människovärdet. Till stöd för hälso- och sjukvårdens prioriteringar finns den av Riksdagen beslutade prioriteringsplattformen med de tre principerna människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen (Sveriges riksdag, 1996/97).

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna bör fördelas efter behov. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan de två första principerna prövats. Av riksdagsbeslutet framgår att de tre principerna utgör den etiska plattform som prioriteringsbeslut ska utgå från. Men för att kunna tillämpa plattformen i praktiken krävs det också ett genomtänkt medicinsk-etiskt förhållningssätt.

Hälso- och sjukvården och inte minst dess patienter är helt beroende av väl avvägda medicinsk-etiska vägval. Det går inte nog att understryka behovet av reflektion, eftertanke och förmågan att tänka efter före. I en tid med tilltagande desinformation och ifrågasättande av vetenskap och beprövad erfarenhet, går det naturligtvis inte att överskatta betydelsen av seriösa etiska vägval. Det kan låta sig lätt sägas men är i själva verket en grannliga uppgift med stora konsekvenser om det går fel.

Värt att tänka på

Hälso- och sjukvården är en central del av vårt välfärdssamhälle. Sektorn styrs ytterst av hälso- och sjukvårdslagen, men samhällets ambition kommer också till uttryck i våra grundlagar genom Regeringsformen. Generellt håller svensk sjukvård internationellt sett en hög kvalitet, men det går inte att bortse från att utmaningarna är betydande och i vissa fall tilltagande.

Det demokratiska politiska systemet har generellt betydande svårigheter att i god tid hantera framtida utmaningar. Energiförsörjningen, underhållet av infrastrukturen och den tidigare långtgående nedrustningen av försvaret är några exempel på bristande framsyn. Hälso- och sjukvårdens funktion är ytterst en fråga om liv och död. En bristande beredskap att adressera de stora framtidsfrågorna inom sektorn kan därför på sikt få förödande konsekvenser.

Om inte samhället har beredskap och förmåga att utveckla en hälso- och sjukvård i takt med tidens krav och möjligheter riskerar det att skada medborgarnas tillit och förtroende inte bara för hälso- och sjukvården, utan samhället i stort. På det sättet finns det ett tydligt samband mellan hälso- och sjukvårdens övergripande styrning och den personcentrerade vården i vardagen.

Att reflektera över

- Hur tänker du kring resurser och prioriteringar? Brukar du prata om dessa frågor med vänner, kollegor på din arbetsplats eller i andra sammanhang?

- Hur kan vi som samhällsmedborgare bidra och hjälpa till för att upprätthålla förtroende och tillit till hälso- och sjukvården som en del av vårt samhälle?

Referenser

- Folkhälsomyndigheten (2023). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023. Hälso- och sjukvårdslag*. (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
- Novus (2024). *Novus väljarbarometer september 2024*. Novus Group International.
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.
- Regeringsformen (1974:152). Justitiedepartementet.
- SCB (u.å.). *Statistikdatabas. Hälsoräkenskaper* [Dataset].
- SCB (2024). *Trender och prognoser 2023*. Statistiska centralbyrån.
- Smer. (2018). *Etik – en introduktion*. Statens Medicinsk-Etiska Råd.
- SOM-institutet (2024). *Svenska trender 1986-2023*. Göteborgs universitet.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *Hälso- och sjukvårdsbarometer 2023*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2024). *Väntetider i vården - 2024*.
- Sveriges riksdag (1996/97). *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Om författaren

Sven-Eric Söder är tidigare statssekreterare, kommunikationsdirektör på läkemedelsföretaget Pfizer och myndighetschef. Idag är han ordförande i Statens medicinsk-etiska råd (Smer) och för Exportkreditnämnden och är vice ordförande i Konstfacks styrelse.

4 Personcentrering i en statlig utredares huvud

Anna Nergårdh

Inledning

Vad är det egentligen som tilltalar med begreppet personcentrerad vård? Varför har det kommit att attrahera och beröra så många människor inom hälso- och sjukvården, med tiden närmast blivit till en stark och gemensam rörelse? Kanske är svaret att vi i och med framväxten av det moderna hälso- och sjukvårdssystemet blivit alltmer tekniskt orienterade, och att det som är kärnan i vården – omhändertagandet av och omsorgen om en annan människa – tenderar att ha glömts bort. Och visst är det så att de framgångar som nåtts är fantastiska för människosläktets fortlevnad och utveckling, och att det är ställt utom allt tvivel att vi de senaste hundra åren genomgått en fullständig revolution vad gäller medicinska framsteg och tekniska möjligheter.

Men det är något med hälso- och sjukvårdens innersta kärna och drivkraft som inte alltid beaktats och fått utrymme i och med den tekniska utvecklingen och den därpå följande utvecklingen av våra hälso- och sjukvårdssystem. Jag tror att det är bekymmersamt av flera skäl, inte minst ur ett patientperspektiv. När systemet fokuserar alltför mycket på sjukdomen men inte på människan bakom sjukdomen finns det en risk att vårdens mål och patientens mål inte på ett tydligt sätt sammanfaller. Det riskerar att skapa misstro och undergräva förtroendet för den del av välfärdssystemet som vården utgör. I förlängningen utgör det ett hot mot vårt gemensamma skattefinansierade system, den grund vi byggt för att säkerställa en god och jämlik vård för alla invånare.

Det riskerar också att påverka medarbetarperspektivet. De allra flesta, vill jag hävda, som väljer en yrkesbana inom hälso- och sjukvården gör det för att bidra till samhället och för att faktiskt kunna göra bra saker för andra människor. Det finns förstås även inom våra yrkesgrupper olika bevekelsegrunder för yrkesvalet, men jag tror att det finns med.

Om verkligheten i yrkeslivet då helt fokuserar på andra värden uppstår risker för etisk stress; vad som känns etiskt rätt att göra uppmuntras inte av systemet. För mig är längtan efter en förflyttning till en mer personcentrerad vård därför också en satsning på god arbetsmiljö och ett hållbart yrkesliv.

Jag vill mena att vårt historiskt starka fokus på vården i sig, ett slags vårdens inifrån-perspektiv, inte är svårt att hitta exempel på. Jag minns när jag som ung ST-läkare på ett stort akutsjukhus i hissen noterade att på plan 4 återfanns ”Mottagningen för okända primärtumörer”. Vid det tillfället var min tanke att det handlade om något slags syftningsfel. Nog var det Människan Patienten och inte Den Okända Primärtumören som skulle hitta rätt?

Men med åren har jag tänkt att det säger en hel del om synen på subjektet människan, eller snarare om objektifieringen av människan i mötet med vården. All oro, alla farhågor, ett liv i ett sammanhang reduceras till en diagnos, ett organ, något eller någon som passivt ska behandlas av systemet.

Men visst finns det en uppenbar risk att vi missar något då? Att om vi fokuserar enbart på det sjuka, så missar vi en möjlighet att bidra till bästa möjliga hälsa? Missar möjligheten att låta personen vara delaktig och bidra till det tillfrisknande som är målet för såväl personen som vården. Vi riskerar bli varandras motkrafter i stället för att gemensamt, med våra olika insatser och resurser, bidra till ett gemensamt uppsatt mål.

För att nå dit behöver vi metoder för att gemensamt definiera målet med insatsen. För den som tillfälligt, under en period, är patient i vården finns allt i ett sammanhang, en kontext. Ingen sjukdom finns i ett vakuum. De insatser vi erbjuder måste därför alltid se till en helhet för personen. Det betyder inte att det är vårdens uppdrag att lösa alla problem som finns för den människa vi har framför oss. Det är inte möjligt. Men vi måste kunna se till helheten hos varje person och personens sammanhang och anpassa våra insatser till det. Det är personcentrerad vård för mig. Varje människa är så mycket mer än sin diagnos.

Upprinnelsen till en god och nära personcentrerad vård

Scenariot är en sommardag under Almedalsveckan 2016. Jag hade i rollen som chefläkare och biträdande landstingsdirektör fått inbjudan att medverka i en panel, ordnad av en idéburen organisation inom vård och omsorg. Rubriken för samtalet var ”Riv väggarna – framtidens sjukvård skapas här och nu”. Talarna och deltagarna i panelen var namnkunniga, med representation från vårdens professioner, chefer och minstermedverkan i form av dåvarande folkhälso-, sjukvårds- och idrottsminister Gabriel Wikström. Jag hade ett väl förberett manus och planerade att prata om struktur- och organisationsfrågor. Att prata i de termer en vanligtvis gör för att uppfattas som kunnig och väl insatt. Ha fokus på det enkelt mätbara, det tekniskt rationella, det som traditionellt betraktats som avgörande för sjukvårdens framgångsrika utveckling.

Det var samma år som slutbetänkandet Effektiv vård (Effektiv vård, 2016) överlämnats till regeringen av den statliga utredaren Göran Stiernstedt. Ett omfattande material som väckt många tankar och funderingar. Inte bara utifrån de organisatoriska perspektiv som diskuterades i materialet, utan också utifrån betänkandets resonemang om varför hälso- och sjukvården inte är så effektiv som den skulle och borde kunna vara. Trots vårt systems stora framgångar vad gäller medicinska resultat och omvårdnadsinsatser når vi inte lika långt i aspekter som delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet i internationella jämförelser. Finns det utifrån dessa aspekter strukturella problem i hur vi konstruerat hälso- och sjukvårdssystemet?

Kanske behöver vi i större utsträckning betona patientperspektivet och de värden som uppfattas som viktiga för dem vi är till för, för att behålla trovärdigheten för systemet. Är det möjligen så att vi också kan nå en högre effektivitet om vi samskapar de insatser vi planerar och de beslut som fattas med dem som ska motta insatsen. Kanske är hög patientdelaktighet inte bara en trivselfaktor utan faktiskt en nyckel för att hitta rätt insats till rätt människa. Det blir då inte bara en fråga på individnivå, utan borde också påverka hela systemets utformning på populationsnivå. Det blir ett sätt att nå närmare målet om en jämlik och effektiv vård för alla, i enlighet med intentionen i hälso- och sjukvårdslagen.

I en av Visbys tusenåriga ruiner drog Almedals-samtalet i gång. Men fortfarande mest om effektivitet och produktivitet. Sjukvård ur sjukvårdens perspektiv.

Personcentrerad vård – den saknade länken

Här vill jag stanna upp en stund, och reflektera över ett par begrepp som varit aktuella under min tid som aktiv i vårdsystemet på olika nivåer, och hur jag uppfattar att de kan ses hänga ihop med dagens diskurs om personcentrerad vård. Jag vill betona att detta är mina egna reflektioner, men föreställer mig att det kan finnas en igenkänning hos flera som mött vården på olika sätt under de senaste decennierna.

Evidensbaserad vård som begrepp fick en snabbt ökad popularitet under 1990-talet, och har sedan dess fortsatt att vara en central princip inom hälso- och sjukvården över hela världen. Genom att systematiskt samla in och analysera data från kliniska studier och forskning fastställs vilka behandlingar som är mest effektiva för olika sjukdomar och tillstånd. Under de första åren av 2000-talet utvecklades begreppet, och fick ökad acceptans och integration i klinisk praxis. Evidensbaserad vård i praktiken har mycket fokuserat på behandlingsriktlinjer som kan tillämpas brett, på populationsnivå, för att bota sjukdom och förbättra hälsa. Fokus har ofta legat på så kallade ”hårda endpoints”, överlevnad och minskad död. Mindre utrymme har getts åt traditionellt mjukare värden som patientens upplevelse, eller på livskvalitet. Även om det från många håll framhållits vikten av att anpassa behandlingsriktlinjer till den enskilda personen har verktygen för den anpassningen inte alltid varit tydliga eller väl uttalade. Att den behandlande professionen har sin legitimerade yrkeskunskap och sitt omdöme att använda för denna situationsanpassning har dock betonats.

Ett annat begrepp som växt sig allt starkare i vårddiskursen på senare år är det engelska begreppet ”personalised medicine”. Begreppet har ingen entydig beskrivning, men ett försök till definition återfinns inom ramen för EU-kommissionens arbete med hälsa: ”A medical model using characterization of individuals’ phenotypes and genotypes (e.g. molecular profiling, medical imaging, lifestyle data) for tailoring the right therapeutic strategy for the right person at the right time, and/or to

determine the predisposition to disease and/or to deliver timely and targeted prevention” (European Commission, 2015).

Det ligger nära begreppet precisionsmedicin, som återfinns med en definition på engelska i svenska MeSH (Svensk MeSH, 2024). Båda dessa begrepp, personalised medicine och precisionsmedicin, handlar alltså om att i större utsträckning ta hänsyn till individuella variationer i genetik, livsstil och miljömässiga faktorer, för att skräddarsy behandlingar och terapier efter varje patients unika behov. Genom att använda avancerade tekniker som genetisk kartläggning och biomarkörer kan mer exakta, adekvata och effektiva behandlingsmetoder utformas för varje enskild person.

Sammantaget speglar samtliga begrepp som presenterats ovan utvecklingstendenser inom vården de senaste decennierna. Tendenser som bygger på ökad kunskap, men där själva kopplingen till klinisk användning, nyttan för den enskilda personen, inte helt enkelt låter sig beskrivas enbart med dessa verktyg, även om de i sitt angreppssätt förflyttat sig alltmer från populationsnivån till det individuella perspektivet. Men räcker det att göra denna förflyttning ensidigt utifrån vårdens perspektiv?

När det gäller konceptet evidensbaserad vård krävs en situationsanpassning till den enskilda personen, där vårdens medarbetare inte kan förväntas fullt ut på egen hand besitta den kunskap som krävs. Inom ramen för begreppet har just förflyttningen från populationsnivån till den kliniska tillämpningen diskuterats mycket. Och vad gäller personalised medicine (eller för den delen precisionsmedicin) kan den tekniskt alldeles perfekta behandlingen skräddarsys för en patient utifrån genetiskt perspektiv och ända ner på cellnivå – men ändå inte träffa rätt, eftersom Personen Patienten är mer än sina celler i ett mikroskop, eller sin diagnos i ett blodprov.

Så fortfarande saknas den sista länken, den som gör vården till en sammanhållen kedja helt skräddarsydd, fullt ut relevant, för personen. Den länken kan vården inte skapa eller tänka ut själv. Den ryms i den centrala frågan för den personcentrerade vården: ”Vad är viktigt för dig?” Genom att integrera evidensbaserad medicin och precisionsmedicin med personcentrerad vård tror jag att vården kan bli fullt ut

skräddarsydd för varje person. Detta genom en vård som inte bara tar hänsyn till medicinsk vetenskap på gruppnivå, inte bara till personens uttryck på cellnivå, utan också till patientens såväl medicinska som personliga omständigheter, förutsättningar och preferenser i utformningen av behandlingsplaner och i beslut om vårdåtgärder.

På så sätt kan personcentrerad vård vara en förenande länk mellan två historiskt olika logiker; när vi ökar förmågan att kombinera evidensbaserad medicin med personalised medicine för att maximera behandlingseffektiviteten ger begreppet personcentrering oss möjlighet att samtidigt ta hänsyn till varje persons unika behov och preferenser. Detta främjar inte bara bättre resultat för patienterna utan bidrar också till effektivitet, för personcentrerad vård är också effektiv vård, vilket vi snart återkommer till.

Att bedriva förändringsarbete i form av en SOU

Så låt oss nu återvända till den där sommardagen i Almedalen 2016. Med utgångspunkt i ”Mottagningen för okända primärtumörer”, analyserna i Effektiv vård och min egen mångåriga erfarenhet av såväl kliniskt arbete som ledningsuppdrag i vården valde jag där och då en ny inriktning. Säkert var jag också påverkad av mina egna personliga erfarenheter som närstående till personer med mångårig kronisk sjukdom och cancersjukdom, en uppväxt som dotter till en distriktsköterska och en barnläkare, av mina egna erfarenheter som patient och närstående. Av den frustration jag känt som sommarvikarie i 80-talets långvård, eller när jag som underläkare på akuten letade vårdplatser under många mörka nätter. Alla de gånger patienter ”hamnat” inom akutsjukvården, de som skulle ha mått så mycket bättre av att vara kvar i sin boendemiljö och fått god vård i livets slutskede där.

Jag bestämde mig där och då för att kasta mitt manus och försöka prata mer om andra logiker än de som utgår från att det är genom hög produktivitet och enkelt mätbara effektmått som vård bedrivs med den högsta kvaliteten för invånarna. Att det som traditionellt kallats för mjuka värden, och som ofta kommit i andra hand, kanske är det som behöver beredas mer utrymme för att vården ska bli så effektiv som den kan vara. Att i den rådande demografin, när vi lever allt längre och lägger fler friska år till livet, men också lever längre med sjukdomar,

ändras behoven och förväntningarna på systemet. Att det kanske är rimligt att dagens befolkning, morgondagens patienter, förväntar sig att vården ska vara en del i att bidra till hur hela livet ska fungera och hänga ihop för den som har en kronisk sjukdom – inte bara att varje isolerat vårdbesök ska organiseras så effektivt som möjligt ur vårdens organisatoriska perspektiv. Kanske har vi någonstans längs vägen tappat viktiga (de viktigaste?) värden. Kärnan i det som är hälso- och sjukvård, det relationella. Det goda mötet mellan människor. Kort sagt: jag pratade om en hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hälso- och sjukvård för hela människan, en personcentrerad vård.

Samordnad utveckling för god och nära vård

Under hösten inleddes en dialog, och i mars 2017 fick jag erbjudandet att leda en statlig utredning, en SOU, som just skulle belysa och lägga förslag på hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kunde ställas om till en ”modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården”, som det stod i kommittédirektiven (Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården, 2017). Vårt uppdrag blev att utifrån förslagen i Effektiv vård göra ytterligare analyser och utifrån det föreslå hur en omfattande omställning av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kunde ske på ett samordnat sätt.

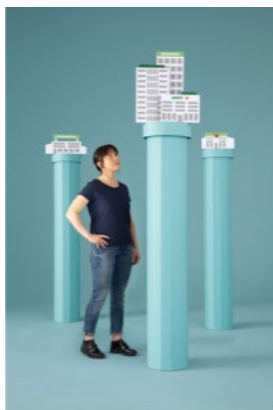
Att fokus skulle ligga på primärvården är förstås klokt. Primärvården har, om den är rätt kompetens- och resurssatt, unika möjligheter att arbeta nära människor i långvariga relationer som inkluderar förebyggande och hälsofrämjande insatser. Det är helt i linje med de förändringar som pågår i andra länder och sjukvårdssystem runt om i världen, inte minst hos våra nordiska grannländer. Det är också i linje med WHO:s rekommendationer om hur framtidens hållbara hälso- och sjukvårdssystem bör byggas – hälso- och sjukvårdssystem som utgår inte från hus, diagnoser eller organ utan från en integrerad och personcentrerad ansats. System designade för människor, med förutsättningar att uppfylla delmål 3 i Agenda 2030, god hälsa och välbefinnande, och därmed bidra till samtliga övriga mål (World Health Organization, 2015).

Jag var också mycket glad över att det uttryckligen stod i utredningens uppdrag att arbetet med att ta fram förslag till lagändringar och övriga eventuella förslag skulle ske i dialog med ”samtliga berörda aktörer”. Det var ett arbetssätt som gick helt i linje med min egen ledningsfilosofi – ska förändring kunna åstadkommas måste de som berörs involveras så långt det bara är möjligt. För mig är det att i vardagen tillämpa ett personcentrerat förhållningssätt.

Hur gick vi tillväga i det praktiska arbetet?

För att öka förståelsen för betydelsen av det personcentrerade synsättet som en bärande kraft i systemomställningen tog vi i utredningen fram en illustration. Vi tog fram den i samskapande med många: egenerfarna, närstående och vårdprofessioner. Bilden är tänkt att illustrera hur vi historiskt byggt hälso- och sjukvården utifrån en logik där sjukhuset ofta ses som på en piedestal, långt borta och ouppnåeligt, när den moderna vården behöver utgå från personen, behöver bestå av många olika delar som behöver hänga ihop på ett sätt som är begripligt för såväl personen själv som för närstående. Där akutsjukhuset alltid kommer att ha sin viktiga roll, men där navet är primärvården. En primärvård som är rätt resurs- och kompetenssatt, med möjlighet att verka nära människor, i deras närmiljö. I långvariga relationer, med goda förutsättningar att kunna arbeta förebyggande och hälsofrämjande utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Det personcentrerade förhållningssättet blev alltså ett sätt att både närma sig utredningsarbetet, och en grundbult för utredningens förslag. För att uppfylla uppdragets intention om samskapande med berörda aktörer arbetade vi med flera referensgrupper, med representation från politiken, huvudmännen, vårdens professioner och förstås med patient- och närståendeföreträdare. Med detta arbetssätt hoppades vi också förflytta frågan om den personcentrerade vården framåt genom att öka såväl kunskap som medvetande.



Från traditionella hälso- och sjukvårdssystem till god och nära vård (God och nära vård – en primärvårdsreform, 2018).

Några dagar efter starten i arbetet kom den grannliga uppgiften att välja namn på utredningen. Efter mycket vridande på ord och begrepp landade jag i ”Samordnad utveckling för god och nära vård”. Jag har fortfarande kvar den första enkla skissen, på ett kollegieblock, av det som kom att bli färdplanen, och så småningom målbilden, för omställningen. Vi valde begreppet ”God vård” för att god vård är ett juridiskt reglerat begrepp i hälso- och sjukvårdslagen som täcker in just jämlik, tillgänglig och effektiv vård. Vi valde begreppet ”Nära vård”, inte för att begreppen närsjukvård, nära vård och närvård var nya, men för att de hade fått en ny aktualitet i och med utredningen Effektiv vård. Vi strävade också i utredningen efter att ge begreppet en delvis ny innebörd; att betona vikten av att tillhandahålla vård nära människor, men då inte bara geografiskt nära, utan med upplevelsen av närhet. I det kom också att ingå det relationella, tilliten och tryggheten.

Att lagstifta om ”mjuka värden” – ett exempel

När många aktörer behöver arbeta mer tillsammans än tidigare för att bidra till ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem ur personens perspektiv, blir samverkan ett nyckelbegrepp. Många gånger har jag mötts av misstroende när den frågan kommer upp. Är inte samverkan lite som ett förvirrat och dåligt grupparbete under skoltiden? Allas ansvar blir ingens ansvar, och hur ska alla som behöver det få tid att

samverka med varandra? Kan vi bygga ett offentligfinansierat system på så luddiga principer?

Mitt svar är att samverkan behöver inte alls vara luddig, eller enbart bygga på frivilliga insatser eller på att aktörer töjer sig och gör mer än de egentligen ska. Samverkan kan och bör regleras. Den bör tidsättas, resurssättas och följas upp då den är så viktig för utfallet för den enskilda personen och för lyckandegraden i systemet. Men det kräver att vi väljer att se på samverkan som en avgörande faktor för systemets framgång.

Och här blev jag förstås svaret skyldig. Hur säkerställs samverkan, kan den regleras och beskrivas så att den inte bara blir en extra pålaga utan en bärande del av systemet?

Frågan är svår, eftersom samverkan inte bygger på att en aktör ska åläggas att göra en enskild sak. Varje aktör kan göra precis det de ska och som ligger i vars och ens uppdrag utan att samverkan utifrån personens behov uppstår. Men låt mig ta ett exempel: Om frågan ”Vad är viktigt för dig” är grundläggande i den personcentrerade vården, går den att lagstifta fram? Eller åtminstone uttrycka i lagstiftning så att huvudmännen, regionerna, implementerar den i sina förfrågningsunderlag och därmed i sina verksamheter.

I utredningen kunde vi notera att mycket av det som berör samverkan för den enskilde och som systemet ska tillhandahålla innefattas i lagstiftningen om Samordnad Individuell Plan, i dagligt tal kallad SIP. Men vi kunde också notera att det lagreglerade innehållet i SIP:en utgick främst från hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens perspektiv. Enligt rådande lagstiftning ska av planen framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudmän ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller regionen samt vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. En av de förändringar vi föreslog gällande regleringen av SIP var att det i planen även skulle framgå ”målet med insatserna ur den enskildes perspektiv” (God och nära vård: En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, 2020).

Det här blev vårt sätt att lyfta personcentreringen tydligare. Att alla involverade i planeringen faktiskt måste enas om, och enas med patienten om, vad som är målsättningen med den insats som ska genomföras. Den målsättning som inte går att skriva ner och enas om utan att ställa frågan: ”Vad är viktigt för dig?” Genom att lagstifta om en gemensam målbild i SIP kunde vi alltså indirekt bidra till att säkerställa en mer personcentrerad vård, och också tydliggöra behovet av samverkan i lagtext.

Detta är bara ett litet exempel av många på hur jag tror att det är möjligt att använda centrala, ibland nya, begrepp som vi vill ska prägla våra verksamheter och infoga dem i lagstiftningen. Att detta är nödvändigt för uthållighet i de stora reformer som behöver genomföras, och nödvändigt för att behålla förtroendet för det offentliga systemet och dess välfärdstjänster.

Värt att tänka på

Så slutligen, vilka framgångsfaktorer ser jag för den fortsatta omställningen till en god och nära personcentrerad vård? Ska jag välja så blir det att fortsatt arbeta med involvering och delaktighet på alla nivåer i systemet. Jag tror att vi i det fortsatta utvecklingsarbetet av svensk hälso- och sjukvård behöver öka involveringen av två nyckelgrupper: patienter, det vill säga personer med egen erfarenhet av hälso- och sjukvården (jag använder gärna termen *egenerfarna*) och hälso- och sjukvårdens medarbetare.

Det finns så mycket kunskap, kraft och vilja till förändring och förbättring hos dessa båda grupper, så klarar vi att tillvarata de resurserna kan mycket hända i snabb takt. Det är mycket en fråga om att också stärka tilliten och förtroendet. Min uppmaning till makthavare och beslutsfattare är att våga. Våga skapa arenor och mötesplatser, bjud in till rummen där strategier dras upp, inriktningar beslutas och förändringen tar sin form. Nationellt, på regionnivå och lokalt. Det skapar engagemang, ökar kunskapen om varandra som medaktörer i systemet och bidrar till förståelsen för olika perspektiv.

Den personcentrerade vården är också den mest effektiva vården. Vård som skapas i samverkan mellan patient och medarbetare har större

chans att faktiskt genomföras på det sätt som är tänkt. Med högre efterlevnad av behandlingar, med bättre ömsesidig kommunikation och därmed färre risker för missförstånd, som till exempel felaktiga läkemedelsbehandlingar. Med gemensamt överenskomna och realistiska mål ökar effektiviteten i insatsen, och därmed förbättras upplevelsen hos såväl patienten som hos vårdens medarbetare.

Så kan framtidens hälso- och sjukvård samskapas, inte bara i det enskilda vårdmötet, utan också i den strategiska utformningen av verksamheten. Visst finns det svåra avvägningar, och ibland mycket utmanande prioriteringar som måste göras, men min övertygelse är att i en modern samhällskontext är vägen framåt att göra det i dialog och med stor transparens. Det finns ingen annan väg att gå. Jag skulle sträcka mig så långt som till att säga att detta är en ödesfråga för den offentligt finansierade vården. Att människor som på olika sätt möter och berörs av den faktiskt känner sig bemötta med respekt, och utifrån sina unika förutsättningar, preferenser och behov.

Att reflektera över

- Hur kan vi samskapa insatser för att i större utsträckning utgå från frågan ”Vad är viktigt för dig?”
- Hur tänker du att vi kan säkerställa samverkan? Hur kan den regleras och beskrivas så att den inte bara blir en extra pålaga utan en bärande del av systemet?

Referenser

- Effektiv vård. Slutbetänkande (SOU 2016:2). *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. (2016). Wolters Kluwer Sverige AB.
- European Commission. (2015). *Council conclusions on personalised medicine for patients*.
- Samordnad utveckling för god och nära vård. (2017). *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Kommittédirektiv* (Dir. 2017:24).
- Samordnad utveckling för god och nära vård. (2018). *En primärvårdsreform. Delbetänkande* (SOU 2018:39).

Samordnad utveckling för god och nära vård. (2020). *En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Slutbetänkande* (SOU 2020:19).

Svensk MeSH. Karolinska Institutet. (10 juni 2024). *Precisionsmedicin*.

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report*.

Om författaren

Anna Nergårdh är leg. läkare, specialist i internmedicin och kardiologi och med. dr. vid Karolinska Institutet. Hon har mångårig chefs- erfarenhet på olika nivåer; verksamhetschef, chefläkare och biträdande landstingsdirektör. Hennes fokusområden har varit kvalitet och patient- säkerhet och hon har verkat i olika styrelser såsom Socialstyrelsen och Röda Korsets Högskola. Hon har utsetts till regeringens särskilda utredare och lett utredningarna Samordnad utveckling för god och nära vård samt Behovsstyrd vård.

5 Samhällsstrukturer som utmanar och främjar personcentrering

Tide Garnow, Linnea Bengtsson, Sara Björklund, Linn Eckeskog, Ruben Marin & Eyobel Samson

Inledning

En förutsättning för vård på lika villkor och personcentrerad vård är att vården anpassas efter patientens behov oavsett bakgrund. Trots att vård på lika villkor är en grundläggande mänsklig rättighet, är ändå hälso- och sjukvården ojämlik. Det förekommer exempelvis stora lokala och regionala skillnader när det kommer till vårdutbud (Vårdanalys, 2014). Det finns dessutom andra skillnader som inte alltid är lika synliga, men som fortfarande har en stor negativ inverkan på personer i behov av vård. Dessa mer skymda skillnader bottnar många gånger i utmaningar med att se, möta och svara an till personers unika behov. Det kan handla om hur personer blir bemötta eller vilken behandling de erhåller, men kan också innebära att vården inte är tillgänglig när personer behöver den. Dessa skillnader benämns ofta som ”omotiverade skillnader”, det vill säga att även om de medicinska förutsättningarna och vårdbehoven är lika erhåller människor ändå olika vård beroende på exempelvis socioekonomisk status, kön, funktionalitet eller sexuell läggning. Centralt är att den vård som ges generellt riskerar vara sämre när ”vårdtagaren”, personen, ses som ”avvikande” från normen (Garnow, 2021).

Normer härrör ur samhälleliga strukturer som kan vara begränsande för den som inte ingår i dem. Att medvetandegöra och motverka dessa begränsande normer och strukturer, samt att öka förståelsen för att vi som samhällsmedborgare alla är personer som påverkar och påverkas av omgivningen och dem vi möter, är ett första steg mot att uppnå en mer personcentrerad och jämlik vård. Detta kapitel belyser några av de samhälleliga strukturer som utmanar och främjar personcentrering. Kapitlet riktar sig till alla oss samhällsmedborgare, men kanske särskilt till dem som har makt att direkt påverka människors hälsa och vård,

såsom beslutsfattare samt ledare och vårdpersonal inom hälso- och sjukvården.

Personen i samhället – samhället i personen

Vårt ”själv” eller det som kan beskrivas som ”vår egen person”, uppfattas ofta som en intim del av oss, som är sammanlänkad med vår autonomi och med hur vi och andra ser på oss. Vi kan alla förvisso anses vara unika människor, men vår egen person bör inte ses som något statiskt inom oss. Våra individuella värderingar och övertygelser formar hur vi beter oss och vilka behov vi har. De utgör en bas för den vi är. Våra identiteter, uppfattningar och beteenden påverkas dessutom av vår omgivning, ofta baserat på de reaktioner vi får i mötet med andra. Vår egen person omformas därmed ständigt i relation till vår omgivning. Vi tycks dessutom vara känsliga för generella övertygelser eller normer, vilka vi vanligen anammar omedvetet och uppfattar som våra egna. Detta gör att vi även reproducerar dem genom att vi försöker prata, bete och klä oss på det sätt vi uppfattar förväntas av oss. Samtidigt som vi är med och formar samhällets strukturer genom hur vi agerar, finns det således också en föränderlighet i vår egen person genom samhällseliga strukturers ständiga påverkan på oss.

Även i mötet med vårdkontexten formeras personers ”själv”. Detta kan bero på förändringar i sjukdomstillståndet, men även på responsen från vårdpersonalen, liksom annat som sker i personens livssituation (King m.fl., 2019). Patienters behov kan därför ändras under vårdtiden eller till och med under samma vårdmöte. Vårdpersonal behöver därför uppmärksamma behov som existerar i nutid och inte enbart basera beslut på personens historiska livsberättelse. Likaså kan vården inte utgå från överenskommelser gjorda initialt i relationen mellan patient och vårdpersonal, utan dessa behöver följas upp, utvärderas och revideras för att upprätthålla personens autonomi (Dionne & Ells, 2023). En förutsättning för personcentrerad vård är därför att personens föränderlighet inte förbises, och en förståelse behövs för omgivningens och relationens betydelse för formerandet av denna person.

Relationer består dock inte enbart av direkta mellanmännsliga relationer på individplan, utan även av relationer till samhället i stort. Samhället beskrivs ofta i relationella termer av gemenskap och till-

hörighet, och innebär ett ömsesidigt beroende där samhället inte kan existera utan sina medborgare, samtidigt som medborgarna i sin tur är i behov av samhällets strukturer (Hossain & Ali, 2014). Detta ömsesidiga beroende kan leda till möjliggörande strukturer, såsom demokratiska val där politiken förväntas representera medborgarnas önskemål och tillgodose deras behov. Politiken formar sedan lagar och policyer som styr hur samhället utvecklas. Sådana strukturer kan verka för att främja och bibehålla medborgares rättigheter och skyldigheter. Ett exempel på en sådan struktur är allas rätt till likvärdig vård oavsett bakgrund, vilket är inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen (2017). På liknande sätt har samhällets organisering betydelse för förutsättningarna för personcentrerad vård, vilket exempelvis McCance och McCormack (2021) belyser i sin modell för personcentrering (se kapitel 1). Samhällets medborgare skapar således förutsättningar för personcentrering genom hur de mobiliserar och formerar samhället.

Att vara närvarande och tro på unga personers drömmar

En betydelsefull del i samhällsformeringen är civilsamhället. Civilsamhället utgörs av personer och grupper av människor som agerar tillsammans, ofta med avsikt att förbättra människors levnadsvillkor och förutsättningar. Civilsamhällesorganisationer bygger på frivillighet och självstyre, och har en viktig roll i samhällets utveckling (SIDA, 2021). I detta avsnitt berättar Eyobel om hur den ideella föreningen Youngstival skapar förebilder för kommande generationer. Mellan 2019 och 2023 engagerade föreningen 800 ungdomar med olika bakgrunder och från olika geografiska områden i nordöstra Skåne. Verksamheten har uppmärksammats både nationellt och internationellt. Centralt för föreningens framgångar är att tro på unga personers inneboende kraft och drömmar, och att verkligen lyssna till dem och mötas i dialog. Detta skulle kunna beskrivas som att förhålla sig personcentrerat, även om det inte är ett begrepp Eyobel själv använder sig av när han berättar om verksamheten och sin egen väg dit:

Jag hade själv en dröm för några år sedan, en vision, och det var att vara DJ. När jag kom till Sverige insåg jag att det var det jag skulle bli, men jag visste inte hur. Jag upplevde skolan som fyrkantig, som att det fanns en sorts tunnelseende om att alla måste utbilda sig. Jag ville inte bli doktor eller något sådant. Jag ville ju bli DJ! Sedan råkade jag se ett inlägg i

sociala medier om Youngstival. Jag var skraj, men jag gick dit ändå, och jag fick successivt möjlighet att utveckla mina DJ-drömmar. Numera driver jag verksamheten tillsammans med ungdomar. Jag fattar inte hur, men jag har förstått att jag inspirerar andra. Jag tror det handlar om att jag inte begränsat mig själv, och heller inte begränsar de unga jag möter. Jag visar att jag kunde nå mina drömmar. Jag är DJ liksom! Och de ungdomar jag möter kan nå sina drömmar också, om det så är att bli politiker eller möbeldesigner, eller om det handlar om att ta körkort. Jag brukar säga: "Dröm! Kom så sätter vi oss ner och så ser vi hur du kan nå dit."

Det låter enkelt, men visst måste det också finnas utmaningar?

Youngstival är ett ställe för ungdomar som vill framåt. Men det finns också de ungdomar som är svårare att nå. Jag vet särskilt en kille. Polisen sa att han var omöjlig, att han inte lyssnade på dem. Och jag älskar sådant som är omöjligt! Jag sa till killen att han var välkommen in till oss. Han svarade "Vad ska jag där och göra?". Nästa dag såg jag ändå honom utanför vår lokal, så jag gick ut och sa att han var välkommen när han ville. Dagen därpå kom han och kollade runt. Han sa: "Nej, jag behöver inget CV, inget jobb." Dagen efter kom han ändå och ville ha hjälp med att skriva ett CV! Han sprang sedan runt med sitt CV och lämnade det till flera företag i närområdet. Sådant är roligt att se!

Youngstival anordnar festivaler och kurser, och ungdomarna ansvarar själva för att driva verksamheten framåt. Hur skapas ett sådant engagemang bland de unga personerna?

Vi har märkt att det är viktigt att ta tillvara ungdomarnas egna intressen och förutsättningar. När de unga själva får bestämma ger det resultat, då blir det bäst. Genom att utgå från deras drömmar kan vi hjälpa dem att lyckas. Och har de inga drömmar från början, så växer de fram med tiden. En tjej som inte alls visste vad hon ville, valde att engagera sig som publikvärd under en av våra festivaler. Under festivalens gång drog polisen henne åt sidan, och jag hann bli orolig och tänka "Vad har hon gjort?". Men det visade sig att polisen var så nöjd med hennes insatser att de uppmanade henne att söka till polisutbildningen, och de sa att de skulle vara hennes

referenser. Hon har nu börjat plugga mer i skolan, och hennes betyg har höjts. Det är jättekul att se henne växa!

Med vad görs då konkret för att komma nära ungdomarna och skapa förtroende?

Jag brukar berätta om mig själv, vad jag gått igenom. Det brukar skapa igenkänning. Kanske frågar jag om skolan. Vad de gillar och inte. Det brukar leda till att de öppnar upp sig. Och så sitter vi och bara pratar, tar det lugnt liksom. På så sätt lär vi känna varandra mer och mer. Det är vanligt med vuxenfrånvaro, att de vuxna är upptagna med annat hela tiden och inte finns där för ungdomarna. Här försöker vi alltid vara närvarande.

Strukturer av ojämlikhet

Samtidigt som vi samhällsmedborgare på olika sätt kan skapa förutsättningar för personcentrering, riskerar vi även att reproducera strukturer av ojämlikhet som utgör hinder för personcentrering. Ojämlikhet har sitt ursprung i maktrelationer där de som har makt främjar skapandet och bibehållandet av strukturer som säkrar denna makt, samtidigt som samma strukturer försvårar för andra personer och grupper att erhålla makt. Maktrelationer har ofta rötter i historien, men fortplantas i nutiden genom djupt etablerade strukturer som medborgare reproducerar. Strukturerna påverkar relationen mellan individer, men också relationen mellan medborgarna och samhället i stort (Hassani, 2024). Exempelvis kan maktstrukturerna påverka styrande politik och därmed organisatoriska förutsättningar för jämlik vård (Phoenix, 2022). Det sker också genom exkludering där vissa personer inte erhåller samma tillträde till samhällets olika institutioner, såsom personer med migrationserfarenheter.

Utmaningar i mötet med det som är ”nytt” – ett teoretiskt perspektiv

När personer med migrationserfarenheter anländer till ett samhälle som är nytt och okänt för dem, och där de vill eller behöver vara, kan de mötas av samhälleliga strukturer som gör det svårt att känna tillhörighet och skapa nya relationer. Det kan leda till känslor av utanförskap, vilket

kan påverka hälsa och välbefinnande negativt. Olika myndigheter har ansvar för dessa personers tillvaro i det nya landet i form av olika åtgärder som syftar till att personerna, enligt myndigheterna, ska ”integreras”. Personerna, vilka myndigheterna vanligen benämner ”nyanlända”, upplever ofta svårigheter i mötet med myndigheter, då både deras egna förutsättningar och myndighetspersoners uppfattningar och föreställningar kan utgöra hinder för konstruktiva möten (Marin, 2019).

Ett sätt att försöka förstå interaktionen mellan dessa personer, som befinner sig i ett för dem nytt samhälle, och myndighetspersonal, med makt att ta beslut kring dessa personers tillvaro, är att utgå från sociologen Pierre Bourdieus (1986) begrepp *fält*, *kapital* och *habitus*. Interaktionen mellan personen och myndighetspersonal kan betraktas som en social relation som sker i ett specifikt socialt rum eller sammanhang, vilket Bourdieu benämner som ett socialt *fält*. Fältet innefattar specifika regler, värden och intressen. Det kan beskrivas som ett rum som består av sociala positioner där personer (eller grupper) mobiliserar olika former av resurser för att uppnå fördelar. Interaktionens utfall i dessa ”rum” kan påverkas eller bestämmas av mängden resurser eller *kapital* (symboliskt, socialt, kulturellt eller ekonomiskt) som personerna (eller grupperna) förfogar över och hur dessa erkänns eller legitimeras av andra i det specifika fält där de interagerar (Bourdieu & Wacquant, 1992). Ett exempel på ett fält kan vara ett vårdssammanhang där personer med migrationserfarenheter möter och interagerar med vårdpersonal.

En intressant aspekt som detta teoretiska perspektiv lyfter fram är att interaktionen i mellanmänniskliga möten även domineras av tidiga socialiserade ”common sense”-föreställningar som kan präglas av fördomar och stereotyper om rätt och orätt samt normalt och onormalt. Personer (eller grupper) med erkända och legitimerade resurser (kapitalformer) uppfattas vanligen agera rätt och normalt, medan de med icke erkända resurser uppfattas agera orätt och onormalt, och kan stämplas som avvikande eller behandlas som mindre värdefulla. Begreppet *habitus* innefattar dessa olikartade beteenden och föreställningar, och beskrivs som ett system av varaktiga men föränderliga dispositioner som tillåter personer att handla, tänka och orientera sig i

den sociala världen. Genom sitt habitus, sin livsstil, bär varje person traditioner, värderingar och samhällets sociala strukturer som format dem, samtidigt som dessa återskapas av personens sociala erfarenheter och kollektiva minnen. Personers (eller grupper) olika habitus påverkar eller styr deras beteenden i interaktionen med andra. Habitus verkar dock som en resurs (kapital) i ett specifikt socialt fält endast när den tillskrivs ett värde eller får erkännande av andra inom just det fältet (Andersson & Kaspersen, 2007; Broady, 1989).

Genom att reflektera över samspelet mellan personers habitus och de sociala strukturer och institutioner de verkar inom, samt hur personers habitus påverkar utfallet i interaktioner, skapas möjligheter att synliggöra hur sociala förhållanden och ojämlikheter produceras och reproduceras. Bourdieus begrepp kan på så vis användas för att visa på att strukturella och subjektiva förutsättningar påtagligt påverkar interaktionen mellan myndighetspersoner och personer med migrationserfarenheter. Vad som bör påpekas i det sammanhanget är att myndigheters begreppsanvändning relaterat till dessa personer (såsom "nyanlända", "migranter", "flyktingar", "integration" och så vidare) kan anses symbolisera en form av förfrämligande och avpersonifiering, vilket kan ses som ett symptom på dessa strukturella förutsättningar i form av ojämlika resurstillgångar och myndighetspersoners maktövertag. Men även att heterogeniteten vad gäller social bakgrund, kultur, etnicitet, utbildning och så vidare, och därmed personers olika behov och förutsättningar, osynliggörs. I interaktionen mellan personer med migrationserfarenheter och myndighetspersoner reproduceras således utanförskap och ojämlika maktstrukturer, och myndighetspersoners uppfattningar riskerar hämma förmågan att möta varje persons unika behov (Marin, 2019).

Viktigt att poängtera är således att personerna inte bara möter ett för dem "nytt" samhälle, utan de möter också myndighetspersoner som uppfattar *dem* som "nya", det vill säga som annorlunda och agerande "orätt" och "onormalt". Att synliggöra och medvetandegöra sina egna uppfattningar och bakomliggande strukturer är därför av stor betydelse för att reflekterande kunna förhålla sig personcentrerat i sin yrkesroll, och i ett vidare perspektiv bidra till personers upplevelser av tillhörighet, välbefinnande och hälsa.

Vårdpersonals uppfattningar påverkar vårdmöten

Människors uppfattningar konstrueras således socialt och kan också delas av personer i en grupp eller i ett samhälle. På så sätt kan uppfattningar bli socialt accepterade och normer. Uppfattningar är inte alltid förenliga med ”verkligheten”, men de påverkar ändå människors handlande och bemötande. När uppfattningar blir generella riskerar personer som tillskrivs vissa egenskaper att bli stereotypiserade. Det kan innebära att en grupp personer som anses avvika från normen pekats ut, förbinds med negativa egenskaper och betraktas som mindre värda. Stereotypiserande uppfattningar formas och bibehålls i ett system som involverar både individ, grupp, organisation och samhälle. I ett sådant system kan stereotypiserande normaliseras och till och med bli norm (Reskin, 2012). Detta kan leda till diskriminering och negativ särbehandling, vilket kan innebära förödande konsekvenser för drabbade personer. Det kan även medföra varaktiga strukturella ojämlikheter exempelvis när det kommer till hälsa och vård.

Vårdpersonals stereotypiserande uppfattningar, eller fördomar, drabbar ofta särskilt patienter som tillhör grupper i samhället med mindre makt. Dessa riskerar möta reaktioner hos vårdpersonalen som försvagar deras autonomi i en situation där den redan kan vara hotad relaterat till deras sjukdomstillstånd. Personerna riskerar dessutom att inte erhålla vård anpassad efter deras unika behov. När andras uppfattningar om en själv är negativa påverkar det även den egna självbilden negativt (Roelofs, 2024). Reaktioner av avvisande, ignorerande eller nedgraderande kan medföra lidande (Wesselman m.fl., 2016) som kan leda till både psykiska och fysiska hälsokonsekvenser.

Stereotypiserande kan även ske gentemot bostadsområden. Olika samhälleliga strukturer kan skapa en generell bild av bostadsområden, vilken personerna som bor där sedan uppfattas genom. Media, politik och andra institutioner med inflytande kan underbygga sådan stigmatisering, vilket leder till ojämlika förutsättningar för samhällets medborgare beroende på var de bor (Meade, 2021). I Sverige finns flera bostadsområden som är definierade av Polismyndigheten som ”utsatta”, vilket innebär att de anses inbegripa kriminalitet som påverkar lokalsamhället (Polismyndigheten, 2023). Den officiella publiceringen av en lista över dessa områden har fått kritik för att

formera generella uppfattningar som bidrar till stigmatisering (Salonen, 2023).

Stigmatisering av grupper eller bostadsområden riskerar även att influera yrkespersoner i möten med dessa personer. I Björklund med fleras studie (2024) framkom vikten av självkännedom i ambulanspersonals vårdmöten med patienter som bor i stigmatiserade bostadsområden. Bland ambulanspersonalen sågs självkännedom som en förutsättning för att kunna se förbi generaliserande fördomar och anpassa vården efter patientens behov. När denna förmåga inte fanns riskerade patienten att bli förstådd genom stereotypisering. Det fanns exempelvis en risk för diskriminering gentemot personer som inte ansågs ha svensk bakgrund eller kultur. I en uppföljande studie tyder de preliminära resultaten på behov av reflektion och uppföljning för att öka självkännedom och förståelse för vad egna beteenden får för konsekvenser. Ambulanspersonalen efterlyste att detta skulle ges högre prioritet och implementeras i deras arbete för att öka förutsättningarna för personcentrering i vårdmöten med personer som bor i stigmatiserade bostadsområden.

Betydelsen av möten med människor – en förtroendevalds perspektiv

Stigmatiserade bostadsområden beskrivs ibland som socioekonomiskt eller politiskt eftersatta. Det är heller inte ovanligt att kritik lyfts kring att politiken står långt ifrån medborgares vardagliga verklighet. När avstånd uppstår mellan politiken och samhällsmedborgarna kan det innebära hinder för personcentrering, eftersom grupper och personer kan uppleva sig osedda, bortprioriterade och tystade. Politiker, som är förtroendevalda genom demokratiska val, förväntas dock ha samhällets och medborgarnas bästa i förgrunden i de beslut som fattas. I detta avsnitt belyser Linnea vikten av att som förtroendevald politiker möta medborgarna och låta deras röster bli hörda.

Vart fjärde år är det dags för svenska folket att bege sig till vallokalerna och nyttja sin demokratiska rättighet. På valdagen avgörs vilka som blir förtroendevalda politiker och därigenom ska representera invånarna på kommunal, regional och nationell nivå. Att vara förtroendevald politiker väcker frågor om vems förtroende som egentligen avses?

Den som aldrig blir representerad, vem ska den kunna känna förtroende för?

”Varför ska jag lita på er politiker? Det är ändå ingen som förstår hur jag har det!” Orden har etsat sig fast hos mig ända sedan mötet med den unge mannen med huvtröja, gedigen skäggväxt och påtagliga påsar under ögonen. Det var sensommarmarkväll mitt under valrörelsen i en stadsdel som beskrivs som ett utsatt område. Han lät inte arg, utan snarare frustrerad, och jag minns hur han slog ut med armarna framför sig i en uppgiven gest som för att hjälpa mig att förstå hans lidande bättre.

Vissa möten med människor, såsom detta, bär jag med mig tydligare än andra, och kanske var det för att jag faktiskt inte hade något riktigt bra svar att ge tjugofemåringen framför mig. Jag uppfattade att han bar på mer skillnader än likheter med mig, trots att vi borde vara nästan jämgamla och troligen uppväxta bara ett stenkast ifrån varandra. Kanske hade vi till och med gått på samma högstadieskola, trots att vi i övrigt verkade komma från helt skilda världar?

För vad finns det egentligen att säga till den som inte får se sig själv företrädd i maktens korridorer där alla avgörande beslut fattas? Hur övertalar jag honom att känna tillit till det samhälle som han gång på gång känt sig sviken av? Att inte tillhöra normen, oavsett om det beror på ens etniska bakgrund, sexuella läggning eller funktionalitet kan vara påfrestande. Då spelar representation faktiskt roll.

Den beslutande församlingen förväntas spegla invånarna i största möjliga utsträckning. För mig, som visserligen haft förmånen att växa upp under tämligen goda förhållanden, har det varit påtagligt att jag ständigt är en av få unga i rummet. På våra politiska sammanträden är det inte sällan betydligt fler vita män över sjuttio år än personer under trettio, vilket inte är en representativ bild av invånarna. Unga personers röster inom politiken och civilsamhället ges heller inte tillräckligt stort utrymme. Tyvärr känner också allt fler unga såväl mindre förtroende som intresse för politiska och samhällsviktiga frågor.

Jag önskar att den unga killen jag mötte den där ljumma augustikvällen hade vetat hur mycket han påverkat mig. Jag önskar att han hade fått veta att vårt samtal gjorde mig påmind om hur viktig hans röst är. Kanske får jag möjlighet att en dag tacka honom för det, kanske inte. Däremot vet jag med all säkerhet att det är människors berättelser jag behöver lyssna till och förmedla vidare i de politiska rum jag har tillträde till. Jag vill att de ska känna förtroende för att deras röster blir hörda. Det gäller dels de personer jag hittills haft förmånen att träffa, dels alla dem jag ännu inte mött.

Medvetenhet, självkännedom och motstånd

För att vårdpersonal ska få förutsättningar för personcentrering och därmed kunna ge medborgarna lika förutsättningar till jämlik vård och hälsa, krävs det materiella förutsättningar och ett gemensamt ansvar på samhällets alla nivåer. För att kunna bidra till en mer jämlik och personcentrerad vård behöver vårdpersonal dessutom utveckla självkännedom och en medvetenhet om de normer och negativa maktstrukturer de är del i att reproducera. Självkännedom om egna uppfattningar är av betydelse för att kunna se förbi fördomar och stereotyper och därmed rikta ljuset mot personers unika behov (Younas m.fl., 2020). Detta kan medföra beteendeförändringar med minskade risker för diskriminering, men det kräver långsiktigt arbete som genomsyrar hela organisationskulturen (Carrara m.fl., 2021).

Negativa maktstrukturer innebär inte endast lidande utan kan också medföra en vilja till motstånd. Eftersom vi medborgare är delaktiga i formerandet av samhället är det även vi som har makten att reformera det. Det finns flera historiska såväl som nutida exempel på hur personer mobiliserat sig och försökt omforma sina samhällen genom grupperingar, ideella organisationer, akademiska föreningar samt internationella samarbetsorgan. Kvinnorörelsen och medborgarrättsrörelser är exempel på detta. Frammarschen av personcentrerad vård kan också till viss del ses som en sådan mobilisering, där ett tidigare synsätt om patienten som en passiv part successivt ersätts med en syn på patienten som delaktig, kapabel och med förmåga att agera. I personcentrerad vård eftersträvas utjämnade maktförhållanden mellan vårdpersonal och patienter (McCormack m.fl., 2015). Personcentrering har fått genomslag och förespråkas både nationellt av Socialstyrelsen och inter-

nationellt av Världshälsoorganisationen i kampen mot ojämlikheter som påverkar personers hälsa. Detta har skapat processer inom både forskning och samhällsinstitutioner där målsättningen är att göra patienters röster hörda, med möjlighet att påverka och reformera hur vården bedrivs.

För att sådana förändringsprocesser ska få verkan behöver de som har makt erkänna den och dela med sig av den. Medborgarna kan påverka detta genom att medvetandegöra och ifrågasätta negativa maktstrukturer och ojämlikheter. Sådan påverkan sker ofta i flera steg, där *empowerment* är en central del. Empowerment kan förklaras som en förmåga att ta kontroll över sitt eget liv, vilket kan ses som en process som inte sällan drivs av en önskan om att vara inkluderad och att behandlas rättvist. Personer utvecklar på så vis förmågan att synliggöra och stå emot förtryck. Detta kan ge ökat självförtroende som kan påverka personens olika relationer. Empowerment kan således formas genom relationer (Galie & Farnworth, 2019), och kollektiv empowerment skapas där grupper av personer påverkar förtryckande maktstrukturer och skapar nya förutsättningar (Powell m.fl., 2021).

Samhällets medborgare har således möjligheter att påverka, inte bara genom befintliga strukturer utan även genom att skapa nya strukturer. Medborgare ska därmed, precis som patienter, inte ses som passiva mottagare utan personer med förmåga att agera, att motverka destruktiva maktstrukturer och driva samhället i en mer jämlik riktning. Även vårdpersonal kan således bidra till en mer jämlik vård genom att förhålla sig reflekterat och personcentrerat. Att som vårdpersonal se sig själv som viktig, och ibland till och med avgörande, i vårdmöten kan vara bra att påminna sig om.

Att som patient bli sedd som människa och person

Att mötas av vårdpersonal som ser en, och som anser den egna personen vara viktig för tillfrisknande och återhämtning, kan vara avgörande för vårdupplevelsen och utgången av densamma. Att vara patient kan nämligen innebära att befinna sig i en ovan roll i ett sammanhang som känns okänt, vilket kan medföra en utsatthet där den egna personen motvilligt tvingas stå åt sidan. I detta avsnitt berättar Linn om sina erfarenheter och insikter kring att vara både patient och person.

Jag genomgick nyss mitt livs första operation och kom hem med insikter om makt och identitet. Några dagar innan operationen hade jag fått ett mejl från en professor, en medicinare vars forskning jag arbetar med att sammanfatta. I sitt underlag hade professorn talat om sina ”patienter”; nu ville hen att jag i stället skulle skriva ”människor”, eftersom det bättre skulle spegla en personcentrerad vårdsyn. Jag ändrade texten, såklart, men det var först i operationssalen som jag verkligen förstod skillnaden. Hade jag någonsin varit mer utsatt? Hade mitt behov av att bli sedd som människa någon gång varit större än då?

Redan när jag klev in på sjukhuset kände jag mig anonym. Jag hade rest till sjukhuset utan smink, utan frisyr, utan hårspray, utan glasögon, utan deodorant och utan salvor. Huden stramade runt ansiktet och håret lockade sig i pannan på ett sätt jag alltid ogillat. Hela jag liksom skavde.

Våra vardagliga och triviala morgonrutiner gör oss till egna personer – en enkel insikt som blev fysiskt förnimbar först då, när jag var tvungen att klara mig utan dem.

Den lilla materiella individualitet jag hade kvar – mina mjuka hemmakläder – hade placerats i en trådback under sängens huvudgavel. Iklädd en sjukhussärk med landstingstryck, och med rosa hårnät, flyttades jag av främlingar mellan olika rum och sängar. Avskalad anlände jag till operationssalen och möttes av ett väl förberett team – ett väloljat maskineri av professionella som vant rörde sig i en medicinsk koreografi som var främmande för mig. De var på hemmaplan. Jag var på bortaplan.

När vi skalar av människor all deras individualitet för att kunna foga in dem i ett effektivt löpande band-system för vård, ja då behöver vi vara riktigt jäkla bra på det mellanmänskliga.

Läkarna och sjuksköterskorna kallade mig Linn. Alla hade lärt sig mitt namn. En lite äldre kvinna, anonym under sin mundering, berättade på Lyckselemål om hur hon förberedde instrumenten. En kandidat stack fram ansiktet och frågade vänligt om det kändes ok att hon var kvar under operationen.

Omsorg. Hur kan vi någonsin nedvärdera omsorgsdelen i våra yrken?

Jag är ny inför vården, men inte inför Sverige. Jag har hög tillit till vårdsystemet, och till min kropp. Jag är inte van vid att bli sviken. Därför är jag också känslomässigt trygg. Många har andra erfarenheter, från andra tider och platser. För dem är det mellanmännsliga ännu viktigare. När jag föreläser pratar jag om det här som kommunikationsbarriärer: institutionen, rollen, kunskapen, kulturen och språket – hur kommer vi över känslan av otrygghet hos den vi fått i uppgift att samarbeta med?

Kanske är min huvudpoäng att vi alla rör oss mellan rollerna som trygg professionell och otrygg klient eller patient och att vi alla behöver behärska inkluderingens verktyg. Vi behöver alla, i alla lägen, inse våra maktpositioner och använda dem för att trygga andra. Träda fram som människor och se andra som människor – inte bara som patienter eller klienter.

Värt att tänka på

Att medvetandegöra hur samhället formar oss och hur vi formar samhället kan skapa förutsättningar att förändra negativa maktstrukturer. I rollen som vårdpersonal finns möjligheter att utöva inflytande på hälso- och sjukvårdskontexten. Som samhällsmedborgare finns liknande möjligheter att påverka att samhället blir mer jämlikt. Förändringar kan göras på individnivå genom att enskilda personer medvetandegör och motverkar normer och negativa maktrukturer i de egna mellanmännsliga mötena och i den egna kontexten. Verkan blir dock större om förändringar skapas i gemenskap.

För att förändra kan motstånd krävas, och vi bör se vårt civila medborgarskap som en viktig möjlighet och kraft i detta avseende. Att utveckla och använda ett professionellt omdöme kan också vara avgörande (Bornemark, 2020). När vi verkar i organisationer som vill att vi ska arbeta personcentrerat, men å andra sidan också kräver att vi använder standarder, manualer och styrsystem, kan det vara utmanande att navigera rätt och känna att vi räcker till. Kanske ska vår strävan vara att göra saker bra, snarare än att vi ska vara rädda för att göra fel?

Genom att skapa möjlighet att diskutera och reflektera med andra kring våra erfarenheter, känslor och tankar vidgar vi våra perspektiv och kan finna nya alternativa tänkesätt och vägar. På så sätt kan vi gemensamt skapa förutsättningar för förändring och en mer personcentrerad vård, och i förlängningen ett mer jämlikt samhälle.

Att reflektera över

- Försök dra dig till minnes en situation där du kände att du kunde påverka – vad kännetecknade den situationen?
- Försök dra dig till minnes en situation där du kände att du *inte* kunde påverka – vad kännetecknade den situationen?
- Hur kan du skapa möjligheter för andra personer att känna att de kan påverka sin situation?
- Hur kan du skapa möjligheter för andra personer att känna att de bidrar till samhällsutvecklingen?
- Vilka uppfattningar har du och dina kollegor om de personer ni möter i den kontext ni arbetar i? Hur påverkar dessa uppfattningar mötet med dessa personer?
- Hur kan du och dina kollegor förhålla er mer personcentrerat i den kontext ni arbetar i?
- På vilka sätt kan du bidra till en mer personcentrerad vård?
- På vilka sätt kan du bidra till ett mer jämlikt samhälle?

Referenser

- Andersson, H., & Kaspersen, L.-B. (2007). *Klassisk och modern samhällsteori*. Studentlitteratur.
- Björklund, S., Lilja Hagell, P., Hagell, P., Persson, M., & Holmberg, M. (2024). Ambulance staff's ways of understanding health care encounters in stigmatized neighborhoods – A phenomenographic study. *Int. Emerg. Nurs.*, 74, 101451.
- Bornemark, J. (2020). *Horisonten finns alltid kvar – om det bortglömda omdömet*. Volante.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of Capital. I J.G. Richardsson. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Greenwood Press.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. University of Chicago Press.

- Broady, D. (1989). *Kapital, habitus, fält: några nyckelbegrepp i Pierre Bourdieus sociologi*. UHÄ.
- Carrara, B. S., Fernandes, R. H. H., Bobbili, S. J., & Ventura, C. A. A. (2021). Health care providers and people with mental illness: An integrative review on anti-stigma interventions. *Int J Soc Psychiatry*, 67(7), 840–853.
- Dionne, E., & Ells, C. (2023). Staying with the trouble – ongoing contributions of feminist research to person-centeredness in healthcare. I A. W. Rogers, L. J. Scully, M. S. Carter, V. Entwistle & C. Mills (red.), *The Routledge Handbook of Feminist Bioethics*. Routledge.
- Galie, A., & Farnworth, C. R. (2019). Power through: A new concept in the empowerment discourse. *Glob Food Sec*, 21, 13–17.
- Garnow, T. (2021). *Kulturmöten: interkulturell omvårdnad med normkritiska perspektiv*. Studentlitteratur.
- Hassani, A. (2024). *Navigating colour-blind societies*. Routledge.
- Hossain, F. M. A., & Ali, M. D. K. (2014). Relation between Individual and Society. *Open Journal of Social Sciences*, (2), 130–137.
- Hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30). Socialdepartementet.
- King, J., O'Neill, B., Ramsay, P., Linden, M. A., Darweish Medniuk, A., Outtrim, J., & Blackwood, B. (2019). Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. *Crit Care*, 23(1), 187.
- Marin, R. (2019). Nyanländas etablering och integration stärks av promotiva resurser. I Å. Bringsén & P. Nilsson Lindström (red.), *Hälsopromotion i teori och praktik: olika arenor och målgrupper*. Studentlitteratur.
- McCance, T., & McCormack, B. (2021). The Person-Centred Practice Framework. I B. McCormack, T. McCance, S. Martin, A. McMillan & C. Bulley (red.), *Fundamentals of Person-centred Healthcare Practice*. Wiley.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., & Jacobs, G. (2015). Person-centredness - the state of the art. *International Practice Development Journal*, (5), 1–15.
- Meade, R. R. (2021). Territorial stigmatization in theory and practice, and its implications for community development: an introduction to the themed section. *Community Development Journal*, 56(2), 191–202.

- Phoenix, A. (2022). Humanizing racialization: Social psychology in a time of unexpected transformational conjunctions. *Br J Soc Psychol*, 61(1), 1–18.
- Polismyndigheten. (2023). *Lägesbild över utsatta områden*. Rapport 2023.
- Powell, K., Barnes, A., Anderson de Cuevas, R., Bambra, C., Halliday, E., Lewis, S., McGill, R., Orton, L., Ponsford, R., Salway, S., Townsend, A., Whitehead, M., & Popay, J. (2021). Power, control, communities and health inequalities III: participatory spaces – an English case. *Health Promot Int*, 36(5), 1264–1274.
- Reskin, B. (2012). The Race Discrimination System. *Annual Review of Sociology*, 38(1), 17–35.
- Roelofs, K. (2024). *Concealed stigmatization* [Avhandling, Lunds universitet].
- Salonen, T. (2023). *Att identifiera utsatta bostadsområden. En jämförande analys mellan polisens lista och segregationsbarometern*. Studier i boende och välfärd Malmö universitet.
- SIDA. (2021). *Civilsamhället*. SIDA.
- Vårdanalys. (2014). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (Rapport 2014:7). Myndigheten för vård och omsorgsanalys.
- Wesselmann, E. D., Grzybowski, R. M., Steaky-Freeman, M. D., DeSouza, R. E., Nezlek, B. J., & Williams, D. K. (2016). Social Exclusion in Everyday Life. I P. Riva & J. Eck (red.), *Social Exclusion*. Springer International Publishing.
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nurs Health Sci*, 22(2), 398–405.

Om författarna

Tide Garnow (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska, specialist-sjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård och universitetslektor i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes avhandling om existentiell ensamhet och ledsenhet under ungdomstiden är inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande och hon driver bland annat en högskolepedagogisk kurs i normkritik.

Linnea Bengtsson är en politiskt aktiv och förtroendevald Kristianstadsbo. Under mandatperioden 2022–2026 är hon ordförande i Vänsterpartiet Kristianstad, ersättare i kommunstyrelsen, ledamot i sjukhus-

styrelsen Kristianstad samt ersättare i regionfullmäktige. Linnea har avlagt en socionomexamen vid Lunds universitet och arbetar heltid som skolkurator. Hon har även arbetat som enhetschef på LSS-boende.

Sara Björklund är leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska med inriktning ambulanssjukvård och doktorand i vårdvetenskap inom området Personcentring för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Sara arbetar även kliniskt inom Region Blekinges ambulanssjukvård som specialistsjuksköterska och med frågor rörande normkritik, jämlik vård och kompetensstöd inom verksamheten.

Linn Eckeskog är filosofie doktor i medie- och kommunikationsvetenskap. Hon har många års erfarenhet som universitetsadjunkt och lektor i strategisk kommunikation vid Umeå universitet. Idag är Linn verksam som författare, föreläsare och konsult med inriktning dels mot föräldrakommunikation i förskolan, dels mot organisationer i mansdominerade branscher som vill använda kommunikation som medel för inkludering.

Ruben Marin är utbildad sociolog i Argentina, fil. mag. i samhällsvetenskap och universitetsadjunkt i sociologi med inriktning kriminologi vid Högskolan Kristianstad. Han har tidigare arbetat på universitet i Argentina och Chile. Han undervisar främst om kriminologi, migrationer, flyktingskap och integration. Ruben har dessutom erfarenhet av tvärvetenskaplig och sociologisk analys relaterat till vårdkontext och utanförskap.

Eyobel Samson är verksamhetsledare och projektledare på Youngstival, en förening som arbetar med att ge unga en meningsfull fritid och stödja dem på vägen in i arbetsliv och studier. Han driver även sitt eget företag där han kombinerar sina två passioner – DJ-yrket och föreläsningar om personlig utveckling, entreprenörskap och drömmar. Eyobel har stora egna drömmar för framtiden och visionen är att växla upp med Youngstival runt om i Sverige och Danmark, men även att kunna få DJ-spelningar runt om i världen.

Del II

Personcentrering i praktiken

the 1990s, the incidence of *S. flexneri* has increased in the United Kingdom [10]. In the United States, *S. flexneri* has been reported to be the most common serotype of *S. flexneri* isolated from children with acute bacterial dysentery [11]. In the present study, *S. flexneri* was the most common serotype isolated from children with acute bacterial dysentery.

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the present study, *S. flexneri* was isolated from 10% of children with acute bacterial dysentery. The serotypes of *S. flexneri* isolated from children with acute bacterial dysentery in the present study were similar to those isolated from children with acute bacterial dysentery in the United States [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the present study, *S. flexneri* was isolated from 10% of children with acute bacterial dysentery. The serotypes of *S. flexneri* isolated from children with acute bacterial dysentery in the present study were similar to those isolated from children with acute bacterial dysentery in the United States [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the present study, *S. flexneri* was isolated from 10% of children with acute bacterial dysentery. The serotypes of *S. flexneri* isolated from children with acute bacterial dysentery in the present study were similar to those isolated from children with acute bacterial dysentery in the United States [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the present study, *S. flexneri* was isolated from 10% of children with acute bacterial dysentery. The serotypes of *S. flexneri* isolated from children with acute bacterial dysentery in the present study were similar to those isolated from children with acute bacterial dysentery in the United States [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the present study, *S. flexneri* was isolated from 10% of children with acute bacterial dysentery. The serotypes of *S. flexneri* isolated from children with acute bacterial dysentery in the present study were similar to those isolated from children with acute bacterial dysentery in the United States [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the present study, *S. flexneri* was isolated from 10% of children with acute bacterial dysentery. The serotypes of *S. flexneri* isolated from children with acute bacterial dysentery in the present study were similar to those isolated from children with acute bacterial dysentery in the United States [11].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the present study, *S. flexneri* was isolated from 10% of children with acute bacterial dysentery. The serotypes of *S. flexneri* isolated from children with acute bacterial dysentery in the present study were similar to those isolated from children with acute bacterial dysentery in the United States [11].

6 Förutsättningar för ett personcentrerat arbetssätt

Marie Nilsson, Maria Bergström, Kerstin Blomqvist, Sofia Ehk, Atika Khalaf, Vesa Leppänen, Cicilia Nagel, Kerstin Nilsson, Sara Petersson, Malin Sundström & Helle Wijk

Inledning

Människor inom sjukvårdens kontext har historiskt sett ofta betraktats som enbart patienter, medan personen bakom patienten var osynlig. En människa blir en person i relation till det sammanhang som hen befinner sig i (Phelan, m.fl., 2020) och idag har en människa som söker vård i Sverige större möjlighet att bli bemött som en person. Sammanhanget som människor befinner sig i ger sålunda förutsättningarna för en människa att bli en person.

I detta kapitel, som främst vänder sig till personal och ledare inom vård och omsorg, lyfts de förutsättningar som sammanhangen kan innefatta, dels som utmaningar men framför allt som resurser och möjligheter. Exempelen som ges i kapitlet är främst tagna från sammanhang i form av äldreboenden, boenden för personer med demenssjukdom samt eget boende. ”Personen” som avses i kapitlet är ibland den boende, medan det andra gånger handlar om vårdpersonalen som individ. Båda perspektiven diskuteras, liksom det från organisationens sida. Att arbeta personcentrerat påverkar sålunda den boende, liksom den professionelle, för vilken det personcentrerade arbetet utgör en betydande del av arbetsmiljön.

Förutsättningar för ett personcentrerat arbetssätt återfinns på olika nivåer, alltifrån samhällsmässiga villkor, till vilka människor som bor eller arbetar på ett vårdboende. Detta kapitel handlar om förutsättningarna som finns i det närmaste sammanhanget – inte i den övergripande samhällsstrukturen (se kapitel 2–5 i denna bok). Likaså är chefernas ledarskap en viktig förutsättning för att kunna arbeta på ett personcentrerat sätt. Då personcentrerat ledarskap behandlas i en annan

del av boken (se kapitel 7) inkluderas det i detta kapitel enbart som en del av en stödjande organisation.

En stödjande fysisk miljö

Den miljö eller omgivning där vi vistas omfattar både byggnader, rum och naturen omkring, mötet med personalen och organisationen av vården och omsorgen vi erhåller, och utgör förutsättningar för att arbeta personcentrerat. Allt bör vara grundat i den filosofi som styr verksamheten. Detta faktum understryker vikten av att se miljön som något som ska skänka trygghet, trivsel och välbefinnande både till dem som vårdas där och till dem som arbetar där. En viktig aspekt i detta är den fysiska miljön. Omvårdnad till äldre personer sker, som tidigare nämnts, i olika sammanhang: på sjukhus, vårdcentral, vård- och omsorgsboende och i det egna hemmet. Miljön där vården ges har stor betydelse för upplevelsen av och förutsättningarna för att erbjuda en vård som är personcentrerad.

Men är begreppet fysisk miljö oproblematiskt i termer av att vi alla uppfattar miljön på samma objektiva sätt? Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt blir svaret ett tveklöst Nej. Genom att mäta temperaturen i ett rum, eller mäta hur hög ljudvolymen är, kan den fysiska miljön beskrivas från ett objektivt perspektiv i grader och decibel. Huruvida personerna som befinner sig i rummet anser temperaturen eller ljudvolymen vara behaglig är emellertid en subjektiv upplevelse. Ifall ett enkelrum på sjukhuset upplevs som bidragande till lugn och ro eller till en känsla av ensamhet är upp till varje person att bedöma. Det är denna subjektiva upplevelse som är central i ett personcentrerat arbetssätt.

Betydelsen av det fysiska rummets utformning inom vården är inte någon ny kunskap utan framhölls redan tidigt av Florence Nightingale (1860), och senare forskning ger stöd. Miljöfaktorer som ljud, ventilation, temperatur, belysning samt tillgång till natur påverkar människors hälsa och välbefinnande (Salonen m.fl., 2013), och forskning har visat samband mellan vårdmiljöfaktorer och social samhörighet samt aktivitet för äldre personer (Joseph m.fl., 2016). Likaså visade en svensk avhandling från 2016 att personcentrering kan främjas när den fysiska vårdmiljön upplevs välbekant och hemlik, och i nästa

led även välbefinnandet hos äldre personer (Nordin, 2016). Forskning har även visat att utformningen av den fysiska miljön, som exempelvis kontrastfärger, stöd för orientering, men även fotografier och andra personliga föremål verkar stödjande för personer med demens och främjar deras välbefinnande (Nordin, 2016).

Äldre personer har ibland hälsoutmaningar, vilket betonar vikten av att uppmärksamma faktorer av betydelse för säkerhet och livskvalitet (Clegg m.fl., 2013). Hinder för att ge personcentrerad vård på ett sjukhus kan vara att den fysiska miljön är rörig och inte tar de särskilda hänsyn som sjukdom eller åldrandet medför. Det kan till exempel innebära att miljön är belamrad med medicinskteknisk apparatur, eller att det är möblerat på ett opraktiskt och svårtolkat sätt, vilket riskerar att snarare förstärka funktionsnedsättningarna och påverka den äldre personen negativt. Eftersom de flesta sjukhus utformades för att vara ”kliniskt effektiva” är det kanske inte konstigt att personens behov och önskemål tidigare inte tagits i beaktande i så stor utsträckning. Det är emellertid något som håller på att ändras, och åtgärder görs för att skapa mer personcentrerade miljöer (McCormack m.fl., 2011).

Så hur kan den fysiska miljön vara en resurs i stället för en begränsning? En sjukhusmiljö inbegriper vissa förutsättningar. Eftersom äldre personer är den största patientgruppen på sjukhus behöver dessa miljöer utformas med deras behov i åtanke när det gäller faktorer som bidrar till trygghet och säkerhet och som minskar överstimulans och stress. Det handlar också om miljöer som kan möta behoven vid nedsatt syn, hörsel och rörlighet genom att exempelvis placera föremål och ledtrådar tydligt i miljön, och som kan stödja i orienteringen. Både inomhus- och utomhusmiljön ska vara tillgängliga, säkra och överblickbara; dels för att personen ska kunna hitta och röra sig tryggt i miljön, dels för att vårdpersonalen snabbt ska kunna uppmärksamma när någon behöver hjälp.

Ett boende för personer med demenssjukdom har till viss del andra förutsättningar än en sjukhusmiljö. *Tätörtsvägen* är ett boende i Åhus där personalen medvetet arbetar med att skapa en stödjande fysisk miljö. Här finns 36 lägenheter uppdelade på fyra enheter. Alla lägenheter är i markplan och det finns utomhusmiljöer till respektive enhet, med en gemensam innergård med utrymme för att umgås i såväl

små som stora sällskap. På boendet är det uttalat att gemenskap och umgänge sker efter personens egna behov och villkor. De kan variera över tid men också under en och samma dag. Ibland vill en person vara i gemenskap med andra. Andra gånger vill personen hellre vara för sig själv, antingen på sitt rum eller så skapas avskildhet i det gemensamma rummet. Det allra viktigaste i sammanhanget är hur lokalerna används, hur människorna rör sig i lokalerna och på vems villkor. Devisen *Människan först* handlar om att se till de boendes behov och förutsättningar och att sträva efter att få en inblick i hur tillvaron ter sig från deras perspektiv. På boendet råder i grunden en lugn stämning, även om det emellanåt, och när det passar, kan vara både fest och särskilda firanden. Personalen ansvarar ofta för uppträdanden och underhållning vid dessa tillfällen.

Inredningen på *Tätörtsvägen* förändras efter de boendes behov. Demenssjukdom kan påverka så att en person får svårt att hantera intryck såsom ljud, ljus, färger och ting. Då får miljön anpassas för att skapa ro och välbefinnande, men senare och när det passar kan den pyntas upp igen. Samma sak gäller för möbleringen. Det kan finnas behov hos boende att röra sig såväl på avdelningen som utomhus för att ha välbefinnande. Då möbleras det så att det skapas möjlighet till det. Måltiderna är också betydelsefulla. Det finns ett eget kök och egna kockar som lagar all mat på boendet och det läggs stor vikt vid maten, fikastunder, mellanmål och miljön där dessa serveras. Förhållnings-sättet är att om personen vill äta med andra så gör hen det. Är personen i stället i behov av lugn och ro för att kunna äta så skapas avskildhet. Genom att utgå från ett genuint intresse av att lära känna de boendes olika behov och önskemål kan den fysiska miljön anpassas. Det handlar därmed om att utgå från de personliga förutsättningarna som de boende har för att den fysiska miljön ska bli personcentrerad. Utvecklingen i många länder går i liknande banor. Det finns en strävan att göra vård-miljön mer hemlik och estetiskt tilltalande, och minska eller ta bort sjukhusliknande strukturer som exempelvis receptioner och centralt placerade personalrum.

Utomhusmiljön är en viktig del av den fysiska miljön då den möjliggör både en plats för umgänge eller avskildhet, liksom en inbjudan till att vara fysiskt aktiv och i rörelse. Trots kunskap om hälsovinster med

att vistas utomhus visar en undersökning av Socialstyrelsen (2023) att en stor andel av boende på vård- och omsorgsboende anser att möjligheterna att vistas utomhus är dåliga. Hinder som ofta lyfts är relaterade till svårigheter att ta sig ut, såsom fysiska hinder i form av trösklar, men också i form av att vara beroende av oflexibla rutiner och brist på personal. En nyligen publicerad studie från Sverige (Liljegren m.fl., 2024a) visade att möjligheten att vistas utomhus blir en påminnelse om ens tidigare liv då en bodde i eget boende, och att det främjar en känsla av normalitet. I en annan studie (Liljegren m.fl., 2024b) visade samma författare att vårdpersonalen upplevde att utomhusmiljön främjade de boendes hälsa och gav dem en berikad vardag, och att utomhusmiljön har potentialen att främja en personcentrerad vård. Genom att överbrygga möjliga hinder och möjliggöra för exempelvis boende i ett demensboende att få komma ut i en anpassad och trygg utomhusmiljö ges dessa en ökad självständighet. En hälsofrämjande och personcentrerad utomhusmiljö innebär möjligheten att vistas bland växter och blommor, att kunna sätta sig i såväl sol som i skugga, och att ha anpassade gångvägar som tillåter rullatorer och rullstolar.



Många äldre personer bor emellertid kvar i sitt eget boende. Rämgård och Wijk (2024) tar upp en rad exempel på möjliga anpassningar i den fysiska miljön med syftet att ge en mer personcentrerad omvårdnad för personer som bor i eget boende. Genom att exempelvis placera soffan nära ett fönster får personen ökade möjligheter att uppleva det som sker utanför hemmet. Likaså kan placeringen av en klocka, där den både är synlig och det är möjligt att höra dess tickande, skapa en känsla av trygghet och hemtrevnad. Med medvetna åtgärder kan den fysiska miljön därmed bli mer personcentrerad. Välkända och bekanta ting

bidrar till att som äldre person känna sig förankrad i platsen, i sitt hem, och forskning visar att känslan av att höra hemma i sitt hem påverkar välbefinnandet positivt (Wegener & Schmidt, 2024). Att få möjlighet att bo kvar i sitt eget hem är en viktig del i reformeringen av primärvården till en god och nära vård (Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, 2019/20). Centralt i omställningen är ett personcentrerat arbetssätt, där varje enskild persons behov och förutsättningar ska vara utgångspunkten. För en person som bor kvar i sin bostad, men likaså för en person som bor på ett demensboende, innebär det en anpassning utifrån deras behov och önskemål, och vården kan utifrån dessa samordnas och utföras i personens hem. På så sätt främjas en känsla av trygghet och kontinuitet, som kan verka hälsofrämjande.

Det fysiska rummet utgör även en viktig del i medarbetarnas arbetsmiljö och för deras välbefinnande. Arbetsmiljön och de fysiska rummens utformning bör fungera och vara anpassade till vårdkontexten för att på bästa sätt kunna tillämpa ett personcentrerat arbetssätt. Exempelvis kan möjlighet till separat samtalsrum för svåra samtal, så att detta inte sker i närvaro av obehöriga, medverka till lugn, en ökad känsla av hanterbarhet och även minska risken för mental stress inför och under genomförandet av det svåra samtalet.

Den fysiska miljön påverkar sålunda både vårdpersonalen, för vilka sammanhanget är deras arbetsmiljö, och personerna som bor eller vistas i miljön. Ett personcentrerat förhållningssätt kan vara ett stöd i processen att skapa en stödjande fysisk miljö. Genom att exempelvis samtala med den äldre personen om vad som är viktiga delar för att återskapa en miljö som påminner om det egna hemmet kan medvetna åtgärder åstadkomma anpassningar. Att använda och värdesätta den äldre personens egna resurser, men också vårdpersonalens erfarenheter och kunskap, är att arbeta personcentrerat.

En stödjande organisation

Förutom den fysiska miljön är en annan viktig förutsättning för ett personcentrerat arbetssätt att det finns en organisation som är stödjande. Vårdpersonal kan ha en genuin önskan och målsättning att arbeta personcentrerat, men finns inte förutsättningar till det i organisationen blir det svårt för den enskilda vårdpersonalen att verkligen arbeta

utifrån sin målsättning. Även här påverkas både den boende och vårdpersonalen av förutsättningarna i organisationen. För att få kompetent personal som väljer att stanna kvar är det viktigt att personalen mår bra och upplever välbefinnande. De behöver känna att de betraktas som en viktig kugge i arbetsplatsens verksamhet och inte som utbytbara. Kort sagt, de behöver betraktas som personer och inte enbart som anställda.

Arbeta utifrån en gemensam värdegrund

Tidigt i kapitlet lyftes att ett personcentrerat förhållningssätt och arbetssätt bör vara grundat i den filosofi som styr verksamheten. Viktiga aspekter i en personcentrerad värdegrund är ömsesidig respekt och förståelse och att respektera personens rätt att bestämma över sig själv. Att ha samma värdegrund i arbetslaget var också något som betonades som centralt på *Tätörtsvägen* och det framhölls som en förutsättning för att kunna arbeta personcentrerat. Redan i rekryteringsprocessen av ny personal var det en viktig pusselbit att den presumtiva arbetstagaren kände en samklang med den värdegrund som var rådande hos övrig personal på boendet. En grundläggande utgångspunkt var att ha en gemensam syn på människan och hur arbetet med personer med demenssjukdom ska utföras. Det upplevdes som angeläget för både de boende, för personalen själva och för arbetslaget. Människan är alltid viktig, att se människan, och det var inte något som gick att låtsas. För att arbeta personcentrerat måste personalen vara äkta och autentisk.

I en studie som genomfördes på boendet *Tre Stiftelser* i Göteborg (Ehk m.fl., 2024) framhölls på liknande sätt att gemensam värdegrund är en betydelsefull förutsättning för personcentrering. På *Tre Stiftelser* arbetar vårdpersonalen utifrån en tydligt uttalad värdegrund som utgår från både personcentrering och ett salutogent förhållningssätt i form av Känsla av sammanhang, KASAM (Antonovsky, 1996). Salutogenes och KASAM innefattar ett förhållningssätt där fokus ligger på människors resurser och det som främjar deras hälsa och välbefinnande. Viktiga delar är att både de boende och vårdpersonalen upplever tillvaron som begriplig, hanterbar och meningsfull. Samtlig personal på boendet genomgår utbildning i salutogenes och KASAM, vilket enligt sjuksköterskorna på boendet främjar en gemensam värdegrund bland personalen. Sjuksköterskorna beskrev att ett salutogent förhållningssätt underlättade och förstärkte den personcentrerade omvårdnaden. Det var

framför allt tydligt gällande att arbeta utifrån en helhetssyn på personen samt att det blev mer fokus på de boende själva. Dessa personers egna styrkor och resurser blev tongivande, och i större utsträckning utgångspunkt för vården.

Jag tror att med hjälp av det salutogena förhållningssättet så kan man skapa en tillvaro som är trevlig eller vad säger man, ett bättre liv. Där man får fortsätta vara sig själv. (Ehk m.fl., 2024, s. 6)

Det personcentrerade arbetssättet som bedrivs på *Tre Stiftelser*, det vill säga att kombinera ett personcentrerat arbetssätt med ett salutogent förhållningssätt, gynnar emellertid inte bara de boende, utan förstärker även personalens arbetstillfredsställelse. Sjuksköterskorna uttryckte att deras egna värderingar, och det sätt som de ville arbeta på, överensstämde med organisationens värdegrund, vilket gjorde att det var mer tillfredsställande att arbeta. Dess motsats riskerar däremot att leda till samvetsstress, och forskning har visat att otillfredsställande arbets-situationer kan leda till just etiska dilemman, skuld och en känsla av otillräcklighet, vilket i sin tur påverkar arbetstillfredsställelsen negativt (Eriksson, 2018). McCance och McCormack (2021) lyfter icke desto mindre att det ofta är en utmaning inom vården att ha en vårdkultur som bygger på förutsättningen att överbrygga klyftan mellan den värdegrund som anges i ord eller skrift och de värderingar som faktiskt visar sig i konkreta handlingar. På *Tre Stiftelser* ansåg emellertid sjuksköterskorna att denna klyfta var överbryggad, vilket bidrog till en känsla av att arbeta i en stödjande organisation.

Att sträva efter gemensamma mål

En annan betydelsefull förutsättning för personcentrering är att arbeta utifrån gemensamma mål. Omvårdnaden på *Tre Stiftelser* främjades av att hela organisationen arbetade mot ett gemensamt mål, där den äldre personen var i centrum. Liknande tankar framhölls även på *Tätörtsvägen*. Bland vårdpersonalen lyftes vikten av att veta var gruppen stod, vart gruppen och ”vi” var på väg och vilket mål som fanns med arbetet. De boende kunde på så sätt få en bättre och mer ”grundad” omvårdnad, då de gemensamma målen bidrog till en tydlighet för vårdpersonalen. Organisationen blev därmed ett stöd för personalen att ge en personcentrerad omvårdnad.

Vårdpersonalens strävan efter gemensamma mål främjade sålunda de boende, men också vårdpersonalen gynnas. Sjuksköterskorna på *Tre Stiftelser* framhöll att meningsfullheten i arbetet ökade då hela personalstyrkan visste vad de arbetade mot, och det i sin tur ökade deras arbetstillfredsställelse. En sjuksköterska uttryckte det som att arbets-sättet i sig skapade en känsla av sammanhang för personalen själva.

[Genom att vi alla har samma målsättning] så blir det enklare. Jag tror [...] att det även skapar en känsla av sammanhang för medarbetaren. Alla vet vilket fokus som gäller, och alla vet varför jag är på jobbet. (Ehk m.fl., 2024, s. 6)

Genom att skapa en arbetsmiljö i vilken vårdpersonalen upplever sig arbeta med tydliga gemensamma mål och där personen är i fokus, främjas alltså arbetstillfredsställelsen. Just upplevelsen av arbetstillfredsställelse, meningsfullhet och arbetsmotivation är betydelsefulla för hur arbetsuppgifter och aktiviteter i arbetet blir utförda (Nilsson, 2024). Att inte få möjlighet att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt kan i stället riskera att leda till otillfredsställelse med arbetet (Vassbø m.fl., 2019).

Personcentrering är relationell

Kärnan i personcentrering är relationen. Relationen mellan människan och miljön som hen befinner sig i, men också relationen mellan de människor som är i miljön. Relationerna är det som ger liv i miljön.

Tidigare i kapitlet lyftes betydelsen av den fysiska miljön för att skapa en känsla av att vara förankrad i sitt hem. På *Tätörtsvägen* betonas emellertid att känslan av att vara hemmastadd egentligen mer handlar om relationerna med människorna på platsen, hur vi är, hur vi möter varandra, snarare än hur det ser ut. Som personal är det viktigt att kunna anpassa sig, inte bara efter personen i stunden och efter dagsformen. Det handlar om att vara intresserad och vilja förstå den andra personen, vad personen har med sig och vilken personlighet hen har. Det innebär att det måste finnas förutsättningar för vårdpersonalen att ge en omvårdnad som de kan anpassa utifrån personen. Finns det en acceptans i organisationen att vara relationell? Är det tillåtet att sätta sig ner och samtala med den boende eller patienten på vårdavdelningen? Finns det utrymme för samtalet under arbetsdagen? Hur ser

kollegorna på en ifall samtalet ibland prioriteras framför andra arbetsuppgifter? Och utifrån den kunskap och förståelse som samtalet i bästa fall leder till, finns det en vilja i organisationen att anpassa och tillmötesgå rimliga behov och önskemål? Går det till exempel att ordna en bokcirkel för dem som är intresserade och vill lyssna på ljudböcker och därefter diskutera dem, eller går det på något sätt att återskapa doften från det egna hemmet? Måste patienten på vårdavdelningen ha sjukhuskläder eller kan hen ha sina egna kläder? Genom att skapa en miljö där personalen och de boende ges förutsättningar att lära känna varandra kan omvårdnaden utformas efter de behov, önskemål och omständigheter som finns just där och då. Det kräver emellertid ett intresse, nyfikenhet och en vilja att vara anpassningsbar – både hos personen och vårdpersonalen, men också hos organisationen.

Relationerna i vårdmiljön påverkar sålunda inte enbart vården av den boende/patienten utan utgör även en viktig del i arbetsmiljön för vårdpersonalen. Mycket av det som ingår i ett personcentrerat förhållningssätt i relationen vårdpersonal–boende/patient går därför att applicera även på relationen ledare–medarbetare, och delaktighet är centralt i båda relationerna. I mötet med medarbetaren krävs, precis som i den personcentrerade vården, ett genuint engagemang från ledarens sida. En ledare som arbetar personcentrerat behöver alltså utgå från medarbetarens perspektiv och se hens resurser för att kunna stärka dem. I samtalet behöver medarbetaren bli lyssnad på, men precis som i den personcentrerade vården betyder det inte att få igenom allt som önskas. Däremot betyder det att bli sedd som en person.

Att en medarbetare upplever sig delaktig och inkluderad i arbetsgruppen och i beslut är en viktig del i medarbetarskapet och för att trivas på sitt arbete. Arbetsplatsen bör präglas av ett förhållningssätt där alla medarbetare och yrkesgrupper är lika värdefulla och ska ha möjlighet att komma till tals, och att ingen ska åsidosättas eller förbises. Att medarbetaren själv upplever omtanke och socialt stöd bidrar till att hen gör detsamma mot andra. Detta skapar en tillitsfull och trygg arbets-social miljö, där medarbetarna inte är rädda för att involvera eller involveras, och vågar ställa frågor. Det innebär också det som Carl Rogers (1961) redan på 1960-talet lyfte, nämligen att personcentreringen innefattar att ha tillit och känna förtroende för andra, såväl

arbetskollegor som chefer. I den arbetssociala miljön har chefen, det vill säga ledaren på arbetsplatsen, en betydande roll. Det är chefen som har mandat att besluta om åtgärder som förbättrar den arbetssociala miljön och det sociala stödet på arbetsplatsen, men det är alla medarbetare som envar och gemensamt har ansvar för att genomföra det.

Hur personalen samarbetar i team med varandra och med personen och personens familj är centralt för att få personcentrering att fungera i praktiken. Fungerar det väl kan det borga för att inget viktigt faller mellan stolarna och att personen får ta del av det bästa från alla kompetenser. Interprofessionell samverkan, när olika professioner samverkar, är vanligt förekommande inom till exempel äldreomsorgens vardag. Olika kompetenser och roller kompletterar varandra i syfte att tillsammans åstadkomma en personcentrerad vård och omsorg till äldre personer. Det innebär att all personal är betydelsefull, oavsett roll. På *Tätörtsvägen* betonas också hierarkin som mindre viktig, och i stället lyfts det gemensamma arbetet. En viktig del i arbetet i team handlar om att skapa de bästa förutsättningarna för en fungerande kommunikation, där olika röster lyfts fram. När kommunikationen fungerar kan hinder såsom tidsbrist och hierarkier mellan professioner i bästa fall undanröjas.

Kunskap, kompetens, nytänkande och förändringsbenägenhet

För att kunna utföra sina arbetsuppgifter och aktiviteter i arbetet behövs rätt förmåga, kunskap och kompetens. Att få möjlighet att använda sin kunskap och kompetens, och att inte känna att en har alltför lite eller alltför mycket kunskap och kompetens för de tilldelade arbetsuppgifterna, har betydelse för om medarbetare arbetar kvar på arbetsplatsen och för deras välbefinnande (Nilsson, 2024). Samhället i stort förändras ständigt, och det inkluderar också arbetslivet för vårdpersonal, vilket inte minst omställningen till en god och nära vård ger uttryck för. Det är därför betydelsefullt att vårdpersonal ges möjlighet till fortbildning och kompetensutveckling.

Relevant kunskap och kompetens relaterar till exempel till personcentrering och värdegrundsfrågor, så som *Tre Stiftelser* prioriterar. Alla

professioner i teamet behöver ha kunskap om betydelsen av att arbeta personcentrerat och vad detta innebär, för att det ska bli fungerande och inte upplevas som något extra utöver det som ska göras i det dagliga arbetet. Även på *Tätörtsvägen* betonas vikten av att ha relevant kunskap och att personalen får vidareutbildning. De uttrycker det som att kunskap om den personcentrerade vården är deras ryggrad. Kunskap och kompetens relaterar även till andra aspekter inom arbetslivet, som exempelvis hur den egna hälsan påverkas av den fysiska arbetsmiljön, den psykiska arbetsmiljön, arbetstid, arbetstakt, återhämtning samt betydelsen av balans mellan privatliv och arbetet (Nilsson, 2024).

Kunskap och kompetens om exempelvis demenssjukdomar, och de olika vårdbehov som kan höra till, är centralt i många vårdmiljöer. Det har betydelse för att kunna förstå och tolka symtom och vad de står för, allt i syfte att skapa lugn och välbefinnande. Även med demenssjukdom kan nya intressen uppstå och andra saker värdesättas än det som var betydelsefullt tidigare i livet. Här gäller det som personal att vara öppen och flexibel och se läget som det är just nu. Kompetens innebär också förståelse och en situationskänslighet för att veta när initiativ kan tas för att hjälpa en person med demens. Med följsamhet och kännedom om personen kan tillfället fångas när personen är i rätt stämning för att ta emot hjälp. På så sätt minskar risken att personen inte får den hjälp och vård hen behöver.

De två exemplen som lyfts i kapitlet, vård- och omsorgsboendena *Tätörtsvägen* och *Tre Stiftelser*, visar att omvårdnaden kan utvecklas och bli mer personcentrerad genom medveten och kritisk reflektion. Genom att anamma ett personcentrerat arbetssätt gentemot den egna verksamheten, och vara nyfiken och lyhörd för de behov som synliggörs, finns en grogrund för att anpassa och våga prova nya arbetssätt. Det kan då bli det som McCance och McCormack (2021) kallar en lärande kultur, där vårdpersonalen upplever sitt arbete som spännande och där de är i en miljö som erbjuder förutsättningar att växa både på ett personligt och ett yrkesmässigt plan. Med andra ord, det möjliggör ett mänskligt blomstrande (flourishing), se vidare kapitel 1.

Värt att tänka på

Varje miljö – oavsett om det är på ett sjukhus, ett boende eller annat – är både en plats där personer är mottagare för omvårdnad och en arbetsplats för vårdpersonalen. I denna miljö skapas en kultur som i mångt styr omvårdnaden. Organisationen ger förutsättningar och påverkar kulturen genom policyer och styrdokument. Den värdegrund och vårdideologi som förmedlas av organisationen manifesteras emellertid i konkreta handlingar av människorna som vistas där – de tillsammans skapar kulturen. Det räcker inte med styrdokument och vackra ord, utan det måste också finnas förutsättningar för människorna att verka i enlighet med dessa. Den uttalade vårdideologin behöver vara i samklang med vårdpersonalens egna värderingar. Ges dessa förutsättningar främjas såväl omvårdnaden som vårdpersonalens arbetstillfredsställelse och välbefinnande. I miljöer där kulturen genomsyras av ett personcentrerat arbetssätt ökar också möjligheten att skapa förutsättningar som är hållbara och inte beroende av vem som är chef eller om personal byts ut.

Det finns många utmaningar i att arbeta personcentrerat, men det finns också många resurser för att överbrygga dessa utmaningar. Genom att på ett medvetet sätt arbeta med att fokusera och stärka de resurser som finns – hos personerna, hos vårdpersonalen och i organisationen – kan välbefinnandet hos både de boende och vårdpersonalen främjas. Det visar exemplen i kapitlet prov på.

Miljön kan alltså vara en resurs för de personer som befinner sig där. För de personer som är i behov av omvårdnad kan miljön kompensera för funktioner som försvagats eller försvunnit. Samma grundtanke är central i Världshälsoorganisationens manifest *Ottawa Charter for Health Promotion* (World Health Organization, 1986). Genom att skapa stödjande miljöer kan människor få hjälp att kompensera för eventuell sårbarhet och verka för att främja människors hälsa och välbefinnande. Att arbeta personcentrerat i vardagen och fokusera på personers resurser är därmed också ett sätt att arbeta hälsofrämjande.

Att reflektera över

- Hur skulle du kunna bidra till att skapa en hälsofrämjande kultur där både de som ger omsorgen och de som mottar den ska kunna växa och trivas?
- Försök dra dig till minnes en situation då din egen värdegrund *inte* överensstämde med den värdegrund som är uttalad på din arbetsplats? Minns du hur du upplevde det?
- Försök dra dig till minnes en situation då din egen värdegrund överensstämde med den värdegrund som är uttalad på din arbetsplats? Minns du hur du upplevde det?

Referenser

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), 752–762.
- Ehk, S., Pettersson, S., Khalaf, A., & Nilsson, M. (2024). Nurses' experiences of integrating the salutogenic perspective with person-centered care for older people in Swedish nursing home care: an interview-based qualitative study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 262.
- Eriksson, J., Gellerstedt, L., Hillerås, P., & Craftman, Å. G. (2018). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e1061–e1067.
- Inriktning för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.* (Prop. 2019/20:164). Socialdepartementet.
- Joseph, A., Choi, Y.-S., & Quan, X. (2016). Impact of the Physical Environment of Residential Health, Care, and Support Facilities (RHCSF) on Staff and Residents: A Systematic Review of the Literature. *Environment and Behavior*, 48(10), 1203–1241.
- Liljegren, M., Bengtsson, A., Lindahl, G., & Wijk, H. (2024a). Older adults' needs and wishes for contact with the outdoors at residential care facilities: Implications for theory and practice. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1–18.
- Liljegren, M., Bengtsson, A., Lindahl, G., & Wijk, H. (2024b). Introducing the Outdoor Environment as an Arena for Person-Centered Care and Rehabilitation at Residential Care Facilities for

- Older Adults—A Care Worker's Perspective. *Journal of Aging and Environment*, 1–17.
- McCance, T., & McCormack, B. (2021). Ramverket för personcentrerade arbetssätt. I B. McCormack & T. McCance, (red.), *Personcentrerade arbetssätt inom vård – teori och praktik*. Studentlitteratur.
- McCormack, B., Dewing, J., & McCance T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *Online J Issues Nurs.*, 16(2), 3.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: what it is and what it is not*. Harrison and Sons.
- Nilsson, K. (2024). *Designing Sustainable Working Lives and Environments. Work, Health and Leadership in Theory and Practice*. Routledge CRC Press.
- Nordin, S. (2016). *The quality of the physical environment and its association with activities and well-being among older people in residential care facilities*. [Doktorsavhandling, Karolinska Institutet].
- Phelan, A., McCormack, B., Dewing, J., Brown, D., Cardiff, S., Cook, N. F., ... & Van Lieshout, F. (2020). Review of developments in person-centred healthcare. *International Practice Development Journal*, 10 (Suppl).
- Rogers, C. (1961). *On becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rämgård, M., & Wijk, H. (2024). Platsens betydelse i vården. I K. Blomqvist, A.-K. Edberg, M. Ernst Bravell, & H. Wijk, (red.). *Omvårdnad & äldre* (2 uppl., s. 627–640).
- Salonen, H., Lahtinen, M., Lappalainen, S., Nevala, N., Knibbs, L.D., Morawska, L., & Reijula, K. (2013). Physical characteristics of the indoor environment that affect health and wellbeing in healthcare facilities: A review. *Intelligent Buildings International*, 5(1), 3–25.
- Socialstyrelsen. (2023). *Öppna jämförelser 2023 – Resultat från undersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"* (Artikelnummer 2023-10-8759).
- Vassbø, T.K., Kirkevold, M., Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., & Bergland, Å. (2019). The meaning of working in a person-centred way in nursing homes: a phenomenological-hermeneutical study, *BMC Nursing*, 1–8.
- Wegener, B.A., & Schmidt, P. (2024). Wellbeing at home: a mediation analysis of residential satisfaction, comfort, and home attachment. *Journal of Housing and the Built Environment*, 39, 103–131.

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986* (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe.

Om författarna

Marie Nilsson (kapitelredaktör) är universitetslektor i folkhälsovetenskap och har även en fil. kand. i kulturanthropologi. Hon undervisar på sjuksköterskeprogrammet samt på det folkhälsovetenskapliga programmet med inriktning beteendevetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hon handleder även doktorander och masterstudenter inom området personcentrering.

Maria Bergström är leg. sjuksköterska och har en fil. mag. i omvårdnad och arbetade tidigare som distriktssköterska. Hon är verksamhetschef på vård- och omsorgsboendet Tätörtsvägen i Åhus, ett demensboende som Maria har startat och som år 2019 fick utmärkelsen *Sveriges bästa boende*. Hon menar att det salutogena synsättet är ingången till den personcentrerade vården och hennes mål har hela tiden varit att personer ska känna ”här vill jag bo”. Livet ska levas hela livet!

Kerstin Blomqvist är leg. sjuksköterska och professor emerita i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Att utveckla och sprida kunskap om personcentrering ligger Kerstin varmt om hjärtat och hon har arbetat med personcentrering i sin forskning och undervisning samt som författare och redaktör av läroböcker om personcentrering. Kerstin ansvarade även för utvecklingen av HKR:s forskarutbildning inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande.

Sofia Ehk är leg. sjuksköterska och specialistsjuksköterska inom vård av äldre. Hon arbetar i Göteborgs kommun och har ett särskilt engagemang för personcentrerad vård och det salutogena förhållningssättet. Hon har över 20 års erfarenhet som verksam sjuksköterska inom både barn- och äldreomsorg, vilket har ökat förståelsen för hur viktiga individuella behov och livshistoria är för att skapa en god och trygg vård, särskilt inom äldreomsorgen.

Atika Khalaf är leg. sjuksköterska och biträdande professor vid Hind Bint Maktoum College of Nursing and Midwifery, Mohammed Bin Rashid University of Medicine and Health Sciences, Dubai, Förena-

de Arabemiraten. Hon är docent vid, och affilierad till, Högskolan Kristianstad. Atika har genom sitt internationella arbete inom vårdutbildningar aktivt bidragit till utveckling, implementering, undervisning och forskning inom personcentrering. Hon har handlett och examinerat flera masterstudenter med fokus på personcentrering.

Vesa Leppänen är fil. dr i sociologi och professor i personal- och arbetslivsvetenskap med inriktning sociologi vid Fakulteten för Ekonomi, Högskolan Kristianstad. Hans forskning är inom området sociologi med socialpsykologisk inriktning och handlar om olika aspekter av arbetslivet.

Cicilia Nagel är leg. sjuksköterska och specialistsjuksköterska inom anestesijukvård med över 20 års erfarenhet inom regional och kommunal verksamhet. Hon är doktorand vid Lunds universitet och hennes avhandlingsprojekt omfattar sjuksköterskors hälsa och arbetsmiljö med fokus på den personcentrerade arbetsmiljön. Hon undervisar i sjuksköterskeprogrammet vid Högskolan Kristianstad och i olika uppdragsutbildningar där stor vikt läggs vid personcentrering.

Kerstin Nilsson är professor i folkhälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad och docent i arbetsvetenskap vid Lunds universitet. Kerstin har forskat om friskt och hållbart arbetsliv sedan 2002 och utvecklat SwAge-modellen (Sustainable working life for and in all ages). Hon är intresserad av personcentreringens roll, möjlighet och inverkan i arbetslivet och arbetssituationen. Hon handleder doktorander som inkluderar personcentrering i förhållande till personalens arbetssituation i sitt avhandlingsarbete.

Sara Petersson är leg. sjuksköterska och specialistsjuksköterska inom vård av äldre och arbetar som enhetschef för en medicinavdelning med inriktning neurologi på Lasarettet i Landskrona. På enheten arbetar de i team kring patienten utifrån ett personcentrerat förhållningssätt genom att se varje patient och göra patienterna delaktiga i sin vård.

Malin Sundström är leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska inom vård av äldre och fil. dr. Hon arbetar som universitetslektor vid Högskolan Kristianstad och är programansvarig för sjuksköterskeprogrammet som har en tydlig grund i personcentrering. Hennes forskning har fokus på existentiell ensamhet och personcentrerat ledarskap inom äldreomsorgen.

Helle Wijk är leg. sjuksköterska, doktor i medicinsk vetenskap, professor och viceprefekt för samverkan vid Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet/Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hon är även gästprofessor vid Chalmers, Centrum för vårdens arkitektur. Hennes forskning fokuserar på miljöns betydelse för hälsa och återhämtning för patienter i slutenvård och äldre personer i öppna vårdformer, samt för personalens arbetshälsa. Hon undervisar främst inom vård av äldre, om förbättringskunskap och teamsamverkan för vårdens utveckling där hon bidragit med flera läromedel som redaktör och författare.

7 Personcentrerat ledarskap

Katarina Sjövall, Anna-Karin Edberg, Marie Jönsson & Andriette Näslund

Inledning

Att utveckla och bedriva personcentrerad vård förutsätter ett ledarskap som bygger på samma centrala värden som för personcentreringen i vården. Hur vården leds, organiseras och styrs påverkar hur väl vården fungerar utifrån både medarbetares och vårdtagares perspektiv. Ledaren ansvarar för att det finns en gemensam riktning och mening med arbetet i en organisation eller på en enhet och är därför en viktig drivkraft för att utveckla och driva personcentrerad vård.

Det holistiska förhållningssätt som är kärnan i personcentrerad vård kan inte isoleras till själva vårdandet, utan måste genomsyra hela systemet. Grundläggande personcentrerade värderingar måste finnas hos såväl medarbetare som chefer och ledare. Ett personcentrerat ledarskap grundar sig i en humanistisk människosyn med respekt för personen och rätten till autonomi. I stället för det traditionella efterföljarskapet eftersträvas partnerskap i relationen mellan chef och medarbetare. Det är ett inkluderande ledarskap med fokus både på det gemensamma målet för en personcentrerad vård och på medarbetarens individuella utveckling. Precis som allt annat ledarskap kan ett personcentrerat ledarskap vara både komplext och dynamiskt. Kapitlet vänder sig till ledare på olika nivåer, men också till alla som är intresserade av ledarskap.

Att leda vård och omsorg

Vem är ledaren?

I det här kapitlet kommer ledarskap att behandlas utifrån betydelsen att leda en verksamhet eller ett område. Det ledande uppdraget kan, men behöver inte, inkludera en större eller mindre grupp av medarbetare. Det betyder att ledarskapet kan handla om chefsens ledarskap, men det kan även handla om sjuksköterskans och specialistsköterskans ledar-

skap för omvårdnaden, liksom teamledarens/gruppledarens ledarskap av teamet/gruppen.

Ledarskapets betydelse för personcentrerad vård

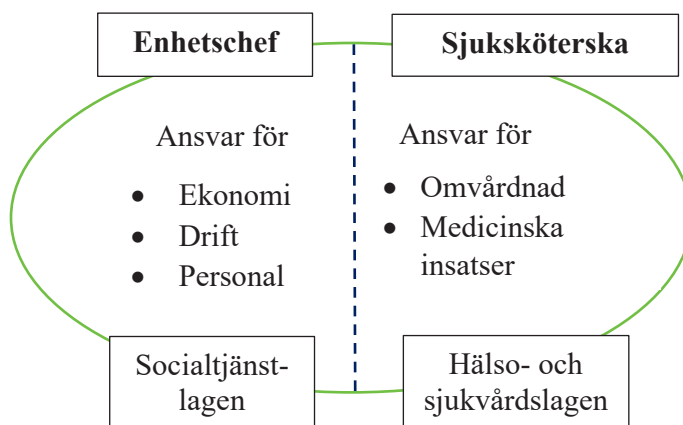
En viktig drivkraft för en personcentrerad vård är ett personcentrerat ledarskap. Ett personcentrerat ledarskap är grunden för ett gott samarbete och ett delat beslutsfattande i partnerskap med dem det berör: vårdtagare, chefer, ledare, sjuksköterskor, undersköterskor och andra teammedlemmar. Flera forskningsstudier har visat att ”helhetstänket” som utmärker personcentrering behöver genomsyra hela systemet och hela organisationen för att det ska vara hållbart. Bland annat har ledarskapet visat sig ha en viktig roll genom att skapa en personcentrerad kultur och ”sätta tonen i det psykosociala klimatet”, vilket i sin tur har visat sig ha en positiv inverkan på bland annat arbetstillfredsställelse (Backman m.fl., 2021).

Ledarskap i en komplex organisation

Organisationen av vård och omsorg kan se olika ut, med olika huvudmän och ibland även olika lagrum att förhålla sig till (se vidare kapitel 8 i denna bok). Även om vård och omsorg organiseras som linjeorganisationer, finns det ofta fler lager av ledarskap än enbart det formella chefskapet. Det formella chefskapet omfattar personalansvar, ansvar för arbetsmiljö, för budget, för verksamhet och verksamhetens kvalitet. Sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor har ett ledningsansvar för omvårdnaden och dess utveckling, men inget chefsansvar. Läkare har ett medicinskt ledningsansvar som inkluderar alla medicinska beslut, men inget chefsansvar. Det kan finnas team- eller grupp- ledare som har ett ansvar för att leda det dagliga arbetet men som inte har ett formellt chefsansvar. Mycket arbete inom regional hälso- och sjukvård bygger dessutom på teamarbete, oftast i multiprofessionella team. Det innebär att teammedlemmarna kan tillhöra olika enheter och ibland olika organisationer med olika chefer. Ett framgångsrikt teamarbete förutsätter en gemensam värdegrund att arbeta efter, som i dessa sammanhang behöver förstås på liknande sätt även över de organisatoriska gränserna. Ledning (och även styrning) kompliceras och ställer därför stora krav på såväl chefer som ledare.

Ett annat exempel på en komplex organisation för vård och omsorg är den kommunala vården, som liksom den regionala sjukvården styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) men där Socialtjänstlagen (SoL) dessutom styr kommunens vård- och omsorgsverksamhet. Ofta har personer som vårdas i den kommunala vården omfattande behov som också inkluderar sociala insatser i form av hemtjänst eller i vissa fall vård- och omsorgsboende. Personal som möts och vårdar samma vårdtagare kan då ha olika chefer och tillhöra olika organisationer. Det kan vara svårt att dra en skarp gräns mellan det som räknas som hälso- och sjukvård och det som är socialtjänst, eftersom insatserna inte sällan överlappar varandra. Organisatoriskt kan vårdtagaren i hemmet eller i vård- och omsorgsboende dessutom vårdas både av personal från den kommunala och från den regionala vården. Det ställer höga krav på ledarskapet i samtliga involverade organisationer/huvudmän. Det kräver att personalen arbetar tillsammans och skapar nödvändiga förutsättningar för en personcentrerad vård, som inte blockeras av organisatoriska hinder (vilket vi återkommer till längre fram). Exempel på den komplexa organisationen för kommunal vård och omsorg illustreras i figur 1.

Figur 1. Lagar och ansvar inom kommunal vård och omsorg.



I en komplex organisation krävs alltså gemensamma reflektioner över vilka värderingar och vilken praxis som tillämpas för att grunda för medvetet agerande och medvetna beslut i förhållande till detta. Att skapa förutsättningar för en personcentrerad vård i en komplex organi-

sation ställer krav på ett personcentrerat ledarskap hos chefer och ledare på alla nivåer i de olika organisationerna.

Förutsättningar för personcentrerat ledarskap

Att leva och vara personcentrerad

”... det måste komma från hjärtat ...”⁵

Ett personcentrerat ledarskap vilar på ledarens egen genuina övertygelse om personcentrerad vård. Att leva och vara personcentrerad tar sig uttryck både i förhållandet till medarbetare och i förhållandet till verksamheten/vården och dem som vårdas. Det har beskrivits av flera ledare som autenticitet, öppenhet och ödmjukhet inför de personer en leder. Autenticitet betyder i det här sammanhanget att vara äkta och att vara sig själv. Ett exempel kan hämtas från den kommunala vården. När enhetschefer intervjuades om vad personcentrering betyder, beskrev de vikten av att vara den en utger sig för att vara och inte förstå sig (Jönsson m.fl., (a)). Autenticitet definieras som en viktig förutsättning för personcentrering – om personen försöker vara någon annan än den hen är kommer det alltid att märkas (McCormack & McCance, 2016). Likaså framhålls betydelsen av ledarens interpersonella intelligens och självkänedom. Interpersonell intelligens, det vill säga att vilja samarbeta med andra, vara lyhörd och lyssnande inför andra, är en nödvändighet för att kunna leda och vägleda andra. Ledarens självkänedom handlar i detta sammanhang om en medvetenhet om de egna värderingarna tillsammans med ett reflektivt förhållningssätt. Det har sagts att det inte går att lära sig att vara autentiskt personcentrerad. En vilja att vara personcentrerad kan, tillsammans med ett reflekterande förhållningssätt, dock utveckla ledarskapet mot en tydligare personcentrering (Cardiff m.fl., 2018).

⁵ Jönsson m.fl. (a)

Som alltid när det gäller ledarskap måste viljan och modet att leda andra finnas, men också viljan att visa sårbarhet genom att bekräfta utmaningar och våga visa osäkerhet.

Vilka är då de grundläggande värderingarna som autenticiteten handlar om? Av flera forskare har det beskrivits som att vara ”*authentically other-centred and caring*” (Cardiff m.fl., 2018). Enhetschefer i kommunal vård och omsorg beskriver det som att vara genuint intresserad och ha omtanke om medarbetaren som person (Jönsson m.fl., (a)). Frågan ”vad är viktigast för dig” gäller alltså inte bara den som vårdas, utan även de som vårdar. Det innebär en ledare som lyssnar till medarbetarens berättelse med hjärtat och som har ett genuint intresse för medarbetaren som person, precis som medarbetaren förväntas lyssna till vårdtagarens berättelse och handla därefter.

Samtidigt handlar det inte bara om ett genuint fokus på medarbetaren. Ett personcentrerat ledarskap har lika mycket fokus på de personer som verksamheten är till för. Fokus på medarbetaren och fokus på den som vårdas går hand i hand och tar sig konkret uttryck i hur ledaren agerar i ledningen av det dagliga arbetet. Ett exempel är att ledaren planerar resurser och personal utifrån vårdtagarnas behov. Om till exempel en vårdtagares behov förändras behöver resurserna anpassas efter detta, vilket kan innebära att den planerade bemanningen och schemat måste justeras. Vårdtagarnas behov styr alltså hur personalens schema utformas och planeras. Fokus i planeringen av arbetet är hela tiden den person som verksamheten är till för. Det kan även innebära en omprioritering av arbetsuppgifter i vissa situationer. Ett exempel från en enhetschef för ett vård- och omsorgsboende som beskriver det personliga mötet med den äldre personen som den mest prioriterade arbetsuppgiften:

”... att använda medarbetare för det personliga mötet med den äldre personen, inte använda personalen till att städa golv, om inte de gör det tillsammans med den äldre personen.” (Jönsson m.fl., (a))

Betydelsen av en gemensam vision

För att forma en personcentrerad vård behövs ett gemensamt synsätt för vad personcentrerad vård betyder. Ett inkluderande ledarskap där alla

personers och professioners kunskap har samma värde är en förutsättning för att tillsammans skapa genomförbara insatser.

Personcentrerat ledarskap kan definieras som att tillsammans med medarbetarna leda mot en delad vision, ett gemensamt mål. Det handlar för ledaren om att dela visionen med medarbetaren, snarare än att sälja in eller tvinga på den (Cardiff m.fl., 2018). En tydlig vision och ett gemensamt mål är en förutsättning för personcentrerad vård. Alla som arbetar i verksamheten behöver känna sig hemma med hur personcentrerad vård definieras på den egna arbetsplatsen. Det förutsätter en kommunikation med ordets ursprungliga betydelse: ett ömsesidigt utbyte av tankar, känslor, erfarenheter. Helt enkelt en ständig dialog som strävar efter ömsesidig förståelse, där basen utgörs av gemensamma värderingar. Ledarens behöver både stödja, kommunicera och förmedla visionen, men också leda dialogen.

Betydelsen av att arbeta med en gemensam vision lyfts även fram av Sveriges kommuner och regioner (Sveriges Kommuner och Regioner, 2023). I arbetet med att stärka ett hållbart personcentrerat teamarbete beskrivs ett ”gemensamt varför” som en helt nödvändig grund för ett hållbart arbetssätt. Visionen behöver finnas med på alla nivåer i organisationen. Ledarskapet lyfts fram som särskilt viktigt när samarbetet sker över organisatoriska gränser i en komplex organisation.

För att skapa engagemang, delaktighet, begriplighet och mening med visionen behöver team, arbetsgrupp och ledare tillsammans och ständigt arbeta med frågan vad visionen betyder här hos oss och vad det innebär för vårt sätt att arbeta. På så sätt kan de tillsammans konkretisera visionen, göra den begriplig och applicerbar i den egna vårdkontexten. Dialogen är också viktig för att hjälpa både medarbetaren och arbetsgruppen att se vart de är på väg i förhållande till målet. Var befinner vi oss, och rör vi oss i rätt riktning?

En personcentrerad kultur

Att leda en personcentrerad vård innebär ett ledarskap som tar personligt ansvar för skapandet av en personcentrerad kultur på arbetsplatsen. Det är ett ständigt pågående arbete. En personcentrerad kultur innebär att det finns en öppen kommunikation och ett klimat som är

tillåtande. Det förutsätter i sin tur en ömsesidig respekt och en tillit mellan medarbetarna och mellan medarbetare och ledaren. En tillit som grundas i goda relationer och i att som medarbetare känna sig bekräftad och sedd som person och därmed känna sig trygg.

En personcentrerad kultur präglas av att ledaren har ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med såväl vårdtagare som medarbetare. Genom att ledaren agerar förebild och på så sätt entusiasmerar andra att agera personcentrerat, harmoniserar ledarens konkreta handlande med visionen (Lynch m.fl., 2017). Handlandet kan till exempel ta sig konkret uttryck i mötet med vårdtagaren och hur den äldre personens behov uppmärksammas. Hur ledaren möter vårdtagaren och var fokus i mötet är vittnar om autenticiteten. För att bli en trovärdig förebild och bidra till en personcentrerad kultur behövs en medveten närvaro och ett holistiskt förhållningssätt i det dagliga arbetet. En enhetschef berättar:

”... för ja, lika höga krav som jag har på mig själv, lika höga krav har jag på alla runt omkring mig också, att man ska vilja det här, för man gör detta med hela sig själv och hela sitt hjärta.” (Jönsson m.fl., (a))

I en annan studie uttryckte sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor att de hade ett personligt ansvar för en personcentrerad kultur på vård- och omsorgsboendet. En sjuksköterska beskrev vikten av en vision enligt följande:

”Jag måste ha en vision för mitt boende, min mamma ska kunna bo här.” (Jönsson m.fl., (b))

En annan viktig del i en personcentrerad kultur är att skapa ett tillåtande klimat som gör att utvärdering, förändring och förbättring av arbetet blir en del i det dagliga arbetet. För att kunna utföra en personcentrerad vård behöver arbetsgrupper och team öppet diskutera hur vården utförs och vad som behöver utföras för att varje vårdtagare ska få en så god vård som möjligt utifrån de förutsättningar som finns i verksamheten. Utvärdering av gruppens insatser, förbättringar och förändringar behöver helt enkelt bli en del av det dagliga arbetet.

Personalen behöver även ges utrymme att resonera och reflektera och ta vara på varandras kunskap för att kunna utföra möten av god kvalitet

som utgår från varje person. Det bygger alltså i hög grad på medarbetarnas delaktighet – både i framgång och motgång, både i den direkta värden och i organisationen av den.

Relationsskapande ledarskap och om att göra det tillsammans

Personcentrerat ledarskap handlar om att skapa förutsättningar för medarbetarna att göra sitt bästa, till skillnad från att fokusera på att göra det mesta (Rosengren, 2016). Ledarens uppgift är alltså inte att vara bäst, utan att skapa förutsättningar för teamet och leda teamet till att vara bäst, att nå sin fulla potential. Det bygger på ett relationsskapande ledarskap med tilltro till medarbetarens förmåga som utgångspunkt.

Relationsskapande ledarskap och tilltro till medarbetaren

”... jag vill att just du ska bli bättre ...”⁶

En central del i ett personcentrerat ledarskap är tilltron till medarbetarens förmåga, vilket bygger på ett ständigt pågående relationsskapande. Det är ett ledarskap som skiftar fokus från det traditionella ”efterföljarskapet” till ett ledarskap som fokuserar på att varje medarbetare kommer till sin fulla rätt i verksamheten. Processen att arbeta mot en personcentrerad vård bygger på att chefen och ledaren lär känna medarbetarna och på så sätt skapar förståelse och kunskap om varje person. Relationsskapandets bas är tid och närvaro, och det grundläggs genom att samtala och lyssna på medarbetarens berättelse. Personcentrerat ledarskap handlar alltså om att lära känna medarbetarens förmågor, drivkrafter, styrkor och utmaningar. Med en tilltro till medarbetarens förmåga som grund blir fortsatt fokus att stödja medarbetaren att utvecklas och bli bättre inom ramen för kontextens

⁶ Jönsson m.fl. (a)

möjligheter och begränsningar. Tilltron till medarbetarens förmåga är alltså centralt. En enhetschef inom kommunal vård och omsorg berättar:

”... jag vill att just du ska bli bättre, du har de där sakerna som du behöver jobba med och jag finns här till hjälp för dig. Jag är inte här för att påpeka saker som du inte är bra på, utan du är jättebra och jag är här för att hjälpa dig, så nu jobbar vi tillsammans.” (Jönsson m.fl., (a))

Omvänt är det lika viktigt att hitta balansen för vad den enskilda medarbetaren både vill och kan uppnå. Det är alltså viktigt att leda utifrån personens vilja och förmåga, men också när det kanske inte är medarbetarens vilja eller förmåga, med personcentrering som ett överordnat mål för verksamheten. Det förutsätter en relation där ledaren har god kännedom om vad medarbetaren vill, men även hur situationen utanför arbetet ser ut. En enhetschef inom kommunal vård och omsorg uttrycker det som:

”att veta när medarbetaren har nått sin fulla potential, att veta när man inte längre ska ’pusha på’.” (Jönsson m.fl., (a))

Även sjuksköterskor lyfter vikten av att hjälpa medarbetarna att utvecklas, men att det är lika viktigt att veta var gränserna går:

”[Det går inte] att pressa medarbetaren längre för då är inte jag personcentrerad heller.” (Jönsson m.fl., (b))

Att känna medarbetaren och medarbetarens förmåga och kompetens gör det möjligt att anpassa ledarskapet till just den personen. McCormack och McCance (2016) beskriver följande grundläggande förhållningssätt för ett personcentrerat ledarskap, där ledaren anpassar hur hen leder i relation till medarbetarens förmåga och behov:

- *Att leda framför* – genom att demonstrera/instruera och/eller agera förebild, genom att erbjuda stöd.
- *Att leda från sidan eller längs med* – genom att både utmana och erbjuda stöd och att aktivt lyssna för att uppmärksamhet kunna balansera utmaningen mot behovet av stöd.

- *Att leda bakom* – genom att ta ett steg tillbaka för att erbjuda maximalt självbestämmande men ändå finnas för stöd när det behövs.

Teamets betydelse

Det finns en rad olika former av team inom vård och omsorg. Det är det multiprofessionella teamet, olika team inom och över organisatoriska gränser och den minsta arbetsgruppen, som också är ett team. En viktig grundsten för teamets möjlighet att fungera optimalt är möjligheten att få lära känna varandra. Ett personcentrerat ledarskap fokuserar på att skapa förutsättningar för medarbetarna att genom samtal bygga relationer med varandra och på så sätt lära känna varandras styrkor och svagheter. Det är ett arbete som kan behöva vara ständigt pågående där teamet ges förutsättningar för att kontinuerligt reflektera tillsammans. Fokus är då att få ihop teamets olika personer, kompetenser och erfarenheter och på så sätt mobilisera teamet att arbeta mot en personcentrerad vision. Det innebär alltså att teamets sammansättning och utveckling av förmågor grundas på medlemmarnas samlade förmåga och att individuella tillkortakommanden i stället kan bli styrkor på teamnivå.

En utvecklad teamsamverkan bygger på att alla inkluderas i arbetet och arbetets utmaningar, och att den gemensamma visionen också genom-syrar teamet. Teamkänslan kan stärkas genom att skapa delaktighet och ge utrymme för olikheter att bidra. Men det tar tid att arbeta ihop ett team. För att få ett välfungerande team som arbetar personcentrerat behövs konsensus i teamet över hur vården ska bedrivas. Det är inte alltid som teammedlemmarna har samma värderingar som utgångspunkt, och att bli överens måste få ta sin tid. Som tidigare nämnts behöver det finnas förutsättningar för reflektion i teamet, både utrymme i tid och i ett tillåtande klimat. Ett personcentrerat ledarskap fokuserar alltså på möjliggörande för teamet att fortsätta att utvecklas och att lära (McCormack & McCance, 2016).

Det handlar om att göra det tillsammans

Att leda personcentrerad vård handlar som tidigare belysts om ”att göra det tillsammans”. McCormack och McCance (2016) beskriver ett personcentrerat ledarskap som ett dansande par. Den förande partnern möjliggör för den andra att tryggt röra sig utan att rycka och dra.

Överfört till ett personcentrerat ledarskap behöver både ledare och medarbetare lyssna till och förhålla sig till varandra, till den specifika situationen och kontexten och till de andra personerna i teamet. Som en enhetschef uttryckte det:

”Och man är helt utlämnad till att man gör det tillsammans, det finns inget jag i detta alls, utan det är vi.” (Jönsson m.fl., (a))

Framgångsfaktorer och barriärer för en personcentrerad vård och ett personcentrerat ledarskap

En transformering mot en mer personcentrerad vård kräver ett tydligt och konsekvent ledarskap. Att ändra sitt sätt att arbeta väcker ofta motstånd. Det är alltid en risk att röra sig mot en ny vision, så det gäller att vara bekväm med att vara obekväm: *”att ha modet att stå kvar när det blåser”⁷*.

Organisationsstrukturen och organisationskulturen har betydelse och är viktiga förutsättningar för en personcentrerad vård. Det behöver finnas koordinerade system och processer där medarbetarna känner engagemang för verksamhetens uppdrag och mål. Ledarskapet hos första linjens chefer är därför en viktig del av vården och omsorgens genomförande och utveckling.

Framgångsfaktorer

Går det då inte att arbeta mot en personcentrerad vård om inte ledaren från början har ett personcentrerat förhållningssätt? Måste en förändring mot personcentrerat ledarskap och personcentrerad vård initieras

⁷ Jönsson m.fl. (a)

”uppifrån” eller kan det initieras ”från golvet”? Det finns inget enhetligt svar på frågan. Forskning har visat att det kan vara en process för ledaren att utveckla ett personcentrerat förhållningssätt i sitt ledarskap, men att det måste finnas en viss bas. Det mest väsentliga sägs vara viljan att vara personcentrerad, tillsammans med ett vårdande förhållningssätt och ett genuint intresse av andra.

Kunskap om personcentrerad vård behöver finnas på alla nivåer i organisationen. Att skapa en lärandemiljö som erbjuder både personlig och professionell utveckling för medarbetare är därför en viktig förutsättning för personcentrerad vård (Backman m.fl., 2021). Att arbeta tillsammans med medarbetarna förutsätter ett närvarande och tillgängligt ledarskap. Förståelse för, och kunskap om, verksamheten bygger på ett närvarande ledarskap, men också på att samtala med och lyssna på både medarbetare och vårdtagare. Att som ledare vara närvarande är en förutsättning för att etablera en relation med medarbetarna. Det kan handla om att finnas där när personalen har fikat för att lyssna och höra om vad som är på gång (Jönsson m.fl., (a)) eller att vara närvarande i det dagliga praktiska arbetet för att känna av stämningen och se hur de boende har det (Jönsson m.fl., (b)). Den dagliga närvaron har således betydelse för både relationen till medarbetarna och för möjligheten att verkligen känna var verksamheten befinner sig.

Barriärer

Forskning har visat att det kan finnas barriärer för ett personcentrerat ledarskap på flera olika nivåer (Backman m.fl., 2023). På det personliga planet kan det handla om inställningen till arbetet eller bristande grundläggande kunskap om personcentrerad vård. Det blir i sin tur en barriär för teamets förutsättningar att fungera optimalt. Det kan till exempel ta sig uttryck genom att personalen planerar och prioriterar arbetet utifrån sina egna behov, snarare än utifrån vårdtagarnas behov. Det kan också handla om att personalen inte ser personen utan är uppgiftsorienterad och begränsar arbetsuppgiften till att exempelvis enbart klä patienten med rena kläder. En sjuksköterska berättar hur hen genom ett närvarande ledarskap börjar med att etablera en god relation för att sedan kunna fokusera på att försöka förstå medarbetaren som utgångspunkt för en diskussion (Jönsson m.fl., (b)).

Ledare inom kommunal vård och omsorg har ofta många medarbetare inom sitt chefsansvar. Enhetschefer inom äldreomsorgen har i genomsnitt ett chefsansvar för runt 50 medarbetare (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021). Att vara chef för många medarbetare gör det svårt att i praktiken ha ett nära ledarskap. Med så många medarbetare blir det svårare att hinna se och kommunicera med alla, och framför allt svårare att skapa relationer. Det kan i sin tur försvåra möjligheterna att skapa lugn och stabilitet i arbetsgruppen. Forskning har visat att ansvaret för ett stort antal medarbetare försvårar både ledning och samordning av arbetet och inte minst återkoppling till medarbetarna. Samtidigt menar ledare att det inte skulle vara ett problem att ansvara för en stor personalgrupp om de hade fått hjälp med administrativa uppgifter (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021).

På en organisatorisk nivå kan begränsade eller bristande resurser göra att den tid som skulle behövas inte riktigt finns för att teamet ska arbeta sig samman, eller tid för att utbilda i den utsträckning som skulle behövas. En hög personalomsättning kan också göra att teamet eller arbetsgruppen aldrig riktigt når sin potential. Otydlighet i ansvars- och rollfördelning och oklarhet kring ledningsansvar försvårar också situationen. Exempelvis upplevde en sjuksköterska på ett vård- och omsorgsboende att det fanns förväntningar från enhetschefen att hon inte skulle beställa vak när det ändå inte fanns någon personal att tillgå (Jönsson m.fl., (b)). Begränsade resurser kräver prioritering, men vem eller vilka ska göra dessa prioriteringar?

Andra barriärer på organisatorisk nivå kan handla om fysiska förutsättningar och lokaler som krävs för ett personcentrerat ledarskap och en personcentrerad vård. När enhetschefen och/eller sjuksköterskan utgår från en annan byggnad kan det vara en utmaning att vara närvarande på det sätt som krävs. Både sjuksköterskor och enhetschefer i vård- och omsorgsboende beskriver att det är en utmaning att leda verksamheten på distans eftersom det fysiska avståndet omöjliggör ett närvarande och tillgängligt ledarskap (Jönsson m.fl., (a, b)), vilket i sin tur försvårar relationsskapande och utvecklingen av en personcentrerad kultur.

En annan barriär av organisatorisk karaktär i en komplex vård- och omsorgsorganisation är de logikkonflikter som ledare inom vård och

omsorg beskriver (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021). De beskriver att de slits mellan administrativt arbete, kontakt med medarbetare och arbete med verksamhetsutveckling och upplever att det är svårt att vara närvarande, tillgänglig och hjälpa alla och samtidigt hinna med det administrativa arbetet med ekonomi, budget och personalansvar.

Det kan också vara en utmaning att som chef eller ledare balansera behov på olika nivåer; både att balansera olika personers behov mot varandra och ibland att balansera personens behov mot verksamhetens behov. Det kan vara svårt att som ledare ta hänsyn till enskilda personer eller en enskild grupp, till priset av en minskad personcentrering. Vad gör en som ledare om en enskild person (eller grupp) av olika anledningar inte vill arbeta utifrån en personcentrerad vision? Det är ju inte personcentrerat att tvinga någon, samtidigt som det är viktigt att alla arbetar mot ett gemensamt mål. En personcentrerad ledare kan då medvetet behöva arbeta med olika personers eller intressenters behov och samtidigt balansera det mot den gemensamma visionen om personcentrering (Cardiff m.fl., 2018; Lynch m.fl., 2017).

Värt att tänka på

Ett personcentrerat ledarskap är ett ledarskap med det specifika syftet att främja personcentrerad vård och där ledarskapet vilar på samma grundvärderingar som för personcentrerad vård. En personcentrerad ledare arbetar tillsammans med medarbetarna för att skapa en personcentrerad kultur och mot en gemensam vision om personcentrering.

De organisatoriska förutsättningarna har en avgörande betydelse för möjligheten att skapa en väl fungerande vård och omsorg. Hållbara förutsättningar för en personcentrerad vård måste alltså omfatta allt från organisation och ledarskap till medarbetarens möte med vårdtagaren. Viktigast av allt är kanske viljan och engagemanget att lyssna in och arbeta i partnerskap med medarbetarna i en ständigt pågående process.

Att reflektera över

- I din roll som ledare, hur tänker du kring vilka kompetenser som behövs i den arbetsgrupp som du ansvarar för?

- När du anställer ny personal – vad är det viktigaste att ta reda på om just den personen?
- Hur tänker du kring möjligheter och utmaningar med att leda arbetsgruppen mot en gemensam vision? Hur gör du för att alla ska känna sig inkluderade och delaktiga? Hur möter du de personer som inte delar samma värdegrund?
- Hur kan personcentrerat ledarskap bidra till långsiktig hållbarhet inom din vårdkontext?
- Hur tänker du kring ditt eget ledarskap, finns det något eller några områden du skulle vilja utveckla?

Referenser

- Backman, A., Lövheim, H., Lindkvist, M., Sjögren, K., & Edvardsson, D. (2021). The significance of nursing home managers' leadership-longitudinal changes, characteristics and qualifications for perceived leadership, person-centredness and climate. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9-10), 1377–1388.
- Backman, A., Ahnlund, P., Lövheim, H., & Edvardsson, D. (2023). Nursing home managers' descriptions of multi-level barriers to leading person-centred care: A content analysis. *International Journal of Older People Nursing*, 19(1), e12581.
- Cardiff, S., McCormack, B., & McCance, T. (2018). Person-centred leadership: A relational approach to leadership derived through action research. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3056–3069.
- Jönsson, M., Edberg, A-K., Orrung Wallin, A., Sundström, M., & Backman, A. (a). Person-centred leadership in residential care for older people as described by first-line managers. *Inskickad för publicering*.
- Jönsson, M., Edberg, A-K., Sundström, M., Orrung Wallin, A., & Backman, A. (b). Person-centred leadership in residential care for older people from the perspective of registered nurses. *Inskickad för publicering*.
- Lynch, B.M., McCance, T., McCormack, B., & Brown, D. (2017). The development of the Person-Centred Situational Leadership Framework: Revealing the being of person-centredness in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 427–440.
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*. (2 uppl.). Oxford: Wiley Blackwell.

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021). Läget för ledarna – Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg. Rapport 2021:3.
- Rosengren, K. (2016). Person-centred care: A qualitative study on first line managers' experiences on its implementation. *Health Services Management Research*, 29(3), 42–49.
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2023). *Hållbart person-centrerat teamarbete – Introduktion och handledning till arbetsmaterial för chefer och medarbetare*.

Om författarna

Katarina Sjövall (kapitelredaktör) är legitimerad sjuksköterska och universitetslektor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hon har tidigare erfarenhet som enhetschef samt som FoUU-ledare vid Skånes universitetssjukhus. Mellan åren 2020 och 2024 arbetade hon som programområdesansvarig för specialistsjuksköterskeutbildningar vid HKR. Hon undervisar bland annat i ledarskap både i sjuksköterske- och specialistsköterskeutbildning.

Anna-Karin Edberg är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hennes forskningsområde rör äldre personers vård och omsorg och existentiella frågor. Hon är projektansvarig för PERLE-studien (personcentrerad vård och ledarskap inom särskilt boende) som drivs tillsammans med forskare från HKR, Umeå universitet och University of Sydney, Australien.

Marie Jönsson är leg. sjuksköterska och doktorand i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Avhandlingen fokuserar på hur ledare inom SÄBO (enhetschefer och sjuksköterskor) ser på personcentrerad vård och personcentrerat ledarskap. Hon har även arbetat som ledare inom operationsverksamhet.

Andriette Näslund är leg. sjuksköterska och har arbetat under lång tid inom äldreomsorgen främst med inriktning mot vård- och omsorgsboende och hälso- och sjukvård. Hon arbetade under arbetet med boken som områdeschef i Osby kommun, men är numera anställd i Kristianstads kommun.

8 Verktyg för en personcentrerad praktik

Andriette Näslund, Anna-Karin Edberg, Anne Wissendorff Ekdahl, Birgitta Ender, Staffan Karlsson, Margaretha Norell Pejner & Madelene Törnblom

Inledning

I detta kapitel beskrivs olika verktyg för att genomföra personcentrerad vård i praktiken med fokus på äldre personers vård och omsorg och med välfärdsteknik som stöd. Kapitlet beskriver hur verksamheter inom främst kommunal vård och omsorg, men även primärvård och slutenvård, praktiskt agerar för att utföra personcentrerad vård. Texten vänder sig främst till dig som ansvarar för och/eller arbetar inom vård och omsorg och vill ha verktyg för att utveckla en personcentrerad praktik, och handlar om att omsätta ett personcentrerat förhållningssätt i praktisk handling och säkerställa att vårdtagaren är delaktig och på så sätt en medskapare i sin egen vård.

Vad är kommunens ansvar?

Närstående är de som främst ger äldre personer stöd. Förutom närståendes omfattande insatser är det kommunen som har ansvar för äldre personers vård och omsorg. Som utgångspunkt är det därför viktigt att veta vad som reglerar den kommunala vården till personer som är i en situation där de inte längre klarar av sitt vardagliga liv utan stöd från andra. Det kan bero på fysiska, psykiska eller kognitiva sjukdomar där orken sviktar.

Inom kommunal verksamhet utförs vård till äldre personer enligt flera lagrum; de mest framträdande är socialtjänstlagen (SoL 2001:453) och

hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Enligt socialtjänstlagen⁸ ska verksamheten främja den enskildes möjlighet att leva ett självständigt liv. Enligt SoL, kapitel 1, §1, ska samhällets socialtjänst vila på en demokratisk och solidarisk grund och främja människors ekonomiska och sociala trygghet, främja jämlika levnadsvillkor och människors aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska vidare ta hänsyn till människors ansvar för sin egen och andras sociala situation och verka för att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheter ska bygga på respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet (SoL, kap. 1, §1). Insatser enligt SoL bedöms och beslutas av en biståndshandläggare och insatserna verkställs sedan av omvårdnadspersonal i den äldre personens hem eller på ett vård- och omsorgsboende.

I hälso- och sjukvårdslagen §1 beskrivs att 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. Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa. Inom kommunal hälso- och sjukvård utförs denna vård av sjuksköterskor, fysioterapeuter, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Det finns även kommuner som har anställda dietister, men det finns inget krav på att denna profession ska finnas inom kommunen. För de kommuner som inte har en egen dietist anställd kan primärvårdens dietister användas vid behov.

Det finns även regleringar mellan regioner och kommuner kring vilken vårdnivå som insatserna ska utgå från. I landet har kommuner och regioner olika avtal om vilken huvudman som utför vilken insats. Flera kommuner tillämpar en överenskommelse som kallas tröskelprincipen, som reglerar vem som ska kunna få kommunala hälso- och sjukvårds-

⁸ En ny socialtjänstlag planeras att träda i kraft i juli 2025.

insatser i hemmet i stället för via den lokala primärvårdsenheten (vårdcentralen). I stort sett innebär tröskelprincipen att om personen själv, eller med hjälp av ledsagare, kan ta sig till vårdcentralen är det regionen som ansvarar.

Personcentrering i kommunal vård och omsorg

Inom kommunal vård och omsorg finns idag flera utmaningar som kan försvåra arbetet med att utföra en personcentrerad vård. Personalen arbetar under olika lagrum (SoL och HSL) och dokumentation förs på grund av detta i olika delar av verksamhetens journalsystem, vilket försvårar möjligheten att samordna insatser mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Personalen ser i vissa fall alltså inte varandras dokumentation.

Omställningen till nära vård, och att allt fler svårt sjuka personer vårdas i hemmet, gör att allt högre kompetens behövs för att klara vårdtagarnas behov. Äldre personer passar inte heller in i sjukhusens ”stuprörstänk” där avdelningar specialiseras utifrån organsystem. De flesta vårdtagare har flera olika grundsjukdomar samtidigt och har komplexa behov som kräver vårdinsatser från flera specialistenheter, vilket bidrar till att kommunernas uppdrag blir en utmaning. Det är också viktigt att komma ihåg att närstående är en värdefull resurs i vardagen, och kommunerna har även en skyldighet att erbjuda anhörigstöd om detta behövs. Anhörigstöd kan exempelvis ges i form av avlösning vissa timmar i veckan, anhörigträffar eller individuellt stöd.

För att stärka ett personcentrerat arbetssätt i den komplexa organisation som den kommunala vård och omsorgen är, är det av stor betydelse att arbeta teambaserat. Ett team i hemtjänst eller på vård- och omsorgsboende byggs upp kring enskilda vårdtagare och kan bestå av enhetschef, omvårdnadsansvarig hälso- och sjukvårdspersonal samt omvårdnadspersonal som gemensamt utformar en plan för att samordna insatser utifrån de olika lagrummen. I vissa fall ingår även läkaren i teamet. En förutsättning är att teamet tar vara på varandras kunskaper och kompetenser för att de olika insatserna ska kunna vävas ihop och tillsammans få en stödjande effekt för att ge en god och säker vård. Det krävs också att teamet har schemalagda och regelbundna träffar för att utveckla planer med personcentrerade insatser i fokus.

Vårdinsatserna inom kommunal verksamhet utförs över hela dygnet, vilket ställer stora krav på bemanning och kontinuitet. Om någon blir sjuk eller har semester krävs kunskap om både personal och vårdenheter för att säkerställa att vikarier har kännedom om enheten och har den kompetens som krävs för att kunna utföra ett personcentrerat arbete. Även om planeringen görs av bemanningsenheter eller andra professioner i verksamheterna, är det enhetschefens ansvar att säkerställa att all personal har rätt kompetens för uppdraget. Det krävs även att enheten har verktyg och tydliga handlingsplaner som beskriver hur personal ska agera i olika situationer. Handlingsplanerna har ofta sin grund i strukturerade bedömningar i olika kvalitetsregister (se senare i detta kapitel).

Det finns exempel på hur olika team med specialkompetens kan skapas runt vårdtagaren. Det finns kommuner som har utvecklat inriktningar för sina hemtjänstområden, exempelvis för vårdtagare med kognitiv svikt. Kommunerna har då skapat grupper med specialkompetens som främst besöker personer med kognitiv svikt. De har fått utbildning inom området och redan från början har hemtjänstinsatserna beräknats att ta längre tid än vanligt så att personalen har möjlighet att i lugn och ro ge information om vad som ska hända. Flera kommuner arbetar även med samarbete som benämns demenscentrum. Då knyts hemtjänstgruppen samman med kommunens dagverksamhet. Detta görs för att få en ökad kontinuitet hos personalen så att vårdtagaren inte behöver ha flertalet vårdkontakter. Denna organisation ger en trygghet både för vårdtagare och närstående och gör att personal har god kompetens för att utföra sitt arbete.

Personcentrering över huvudmannagränserna

Vård och omsorg bedrivs även över olika huvudmannagränser, det vill säga mellan kommun, primärvård och sjukhus, eftersom äldre personer oftast har flera vårdkontakter. Det kan handla om vårdkontakter inom primärvården, ofta i kombination med en specialistklinik på sjukhuset och samtidiga insatser från SoL och/eller HSL i ordinärt eller särskilt boende. Det är inte heller ovanligt att äldre personer under perioder vårdas på sjukhus. I övergångarna mellan kommunal och regional vård finns det flera utmaningar när det gäller hur de två huvudmännen

kommunicerar med varandra, särskilt när det handlar om hur insatserna ska utformas på ett personcentrerat sätt.

Samordnad vårdplanering

I både SoL och HSL anges att kommunen och regionen ska upprätta en SIP (samordnad individuell plan) när de bedömer att insatserna behöver samordnas mellan huvudmännen (2 kap. § 7 SoL och 16 kap. § 4 HSL). Det gäller även privata utförare som en kommun eller en region kan ha avtal med. De båda lagstiftningarna beskriver vad en SIP ska innehålla, och informationen ska vara överenskommen med den person som SIP:en avser, och om personen så önskar, även med närstående. Syftet med en SIP är att genom samverkan i ett tidigt skede förebygga att behoven blir större och mer komplexa. För att en SIP ska initieras krävs alltid att den som planen handlar om har gett sitt samtycke när så är möjligt. Personen ska även alltid få möjlighet att aktivt vara med i planeringen och påverka vilka aktörer som ska delta. SIP är till för att möta individuella behov och måste därför utgå från personens egen upplevelse och egna önskemål. SIP:en beskriver såväl insatser som ansvar och svarar på frågan *vem gör vad och när?* I planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs för att tillgodose personens behov
- vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för
- vilka åtgärder som någon annan än kommunen eller regionen ska vidta
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

I praktiken görs oftast en SIP när en vårdtagare som har kommunala insatser har behov av regional vård. Den kan även göras för att beskriva att personen inte vill ha livsuppehållande behandlingar om något allvarligt skulle inträffa, men det är då viktigt att alla är medvetna om konsekvenserna. Det är också så att personen själv eller närstående alltid har möjlighet att fråga det som beskrivs i SIP:en om situationen förändras.

En granskning av 60 SIP:ar i mellersta Skåne under 2024 visade att de i huvudsak var skrivna av vårdcentralens läkare och att de i stor utsträckning användes som medicinska vårdplaner, vilket granskarna tolkade som att det finns ett behov av att dela denna information mellan

organisationer (Vårdsamverkan Skåne, 2024). Idag sker ingen koppling mellan vare sig kommunernas eller regionens journalsystem och Mina Planer⁹, vilket kan leda till en patientsäkerhetsrisk då det kan finnas olika information om personen som SIP:en avser i de olika systemen. Det finns således behov av gemensamma system för dokumentation av medicinska vårdplaner så att denna information inte blir det enda innehållet i en SIP.

Ett försök till en samordnad journal mellan region och kommun har införts genom systemet NPÖ (nationell patientöversikt). Denna tjänst ska möjliggöra för olika vårdgivare att med en persons samtycke få direktåtkomst till vårdgivares journaluppgifter. Idag delar exempelvis den regionala vården i Skåne med sig av uppgifter som finns i journalanteckningar från sjuksköterskor och läkare samt provsvar och vaccinationer. Dock visas inte remisser eller skannade dokument. Det är en stor fördel för kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal som kan ta del av den delade informationen. Vissa kommuner har även börjat dela sin information från verksamhetssystemen inom hälso- och sjukvården till NPÖ. Alla verksamhetssystem som kommunerna använder har inte funktionen att dela information, vilket blir en begränsning för personal inom den regionala vården som inte kan läsa alla kommuners hälso- och sjukvårdsdokumentation (Region Skåne, 2025). Om alla vårdgivare hade kunnat ta del av varandras dokumentation hade det skapat en bättre förutsättning för en god planering mellan huvudmännen med personen i fokus.

Personcentrerad vård i primärvården

Inom primärvården är det ett uttalat mål att vården ska vara personcentrerad, och det finns tydliga dokument som beskriver vad

⁹ Mina planer är ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning och samordnad individuell planering.

personcentrering innebär. Birgitta Ender, tidigare primärvårdschef berättar:

Verksamhetscheferna i den offentligt drivna primärvården i Skåne fick utbildning i vad personcentrering innebär och fick därefter ett arbetsmaterial med sig tillbaka till sina verksamheter för att diskutera på APT och därmed tydliggöra begreppet och skapa samsyn kring vad det innebär. Det handlar ju om att möta personen i stunden och skapa en samsyn mellan patient och behandlare.

Inom primärvården är mötena ofta korta och det kan dröja mellan besöken. Utifrån detta perspektiv är mötet här och nu alltså det allra viktigaste för att försöka fånga in varje persons kapacitet och önskemål och hur de kan mötas på bästa sätt. Birgitta Ender igen:

Men det är en utmaning att arbetsdagen kan bestå av många, och ibland svåra, samtal. Det kan vara allt från samtal med personer som har cancerdiagnoser eller andra svåra sjukdomar till samtal med personer som uttalar direkta hot för att de inte får den behandling de önskar. Då är det viktigt med en stödjande kultur där det finns utrymme för handledning och stöd från chefer och kollegor.

Framgångsrika åtgärder för att öka möjligheten till att ge en personcentrerad vård och en förbättrad kontinuitet inom primärvården har till exempel varit så kallade äldre-mottagningar. Det gäller främst för den gruppen äldre personer som har många besök och där behovet av att regelbundet få träffa samma personal är stort. I övergången mellan vårdgivare är det viktigt att vårdinsatserna följs upp av en sjuksköterska inom primärvården för att säkerställa att patienten mår bra efter exempelvis en sjukhusvistelse. Ett sådant exempel från nordöstra Skåne är projektet IHOPA som genomförs i samverkan mellan primärvård, kommuner och den specialiserade vården på sjukhuset i Hässleholm. De kommuner som deltar är Hässleholm, Osby och Perstorp. Samarbetet är ett komplement till verktyget "Mina Planer" som används mellan slutenvården och kommunen när en person fått vård på sjukhus och ska komma tillbaka till sitt hem med kommunala insatser. Samverkan innebär att berörda från enheten på sjukhuset, primärvården och kommunen möts i ett digitalt möte för att klargöra saker som inte alltid

finns skrivet i Mina Planer. Det är korta möten mellan aktörerna flera gånger i veckan på en överenskommen tid då olika frågor klargörs, vilket ger möjlighet till en bättre övergång av vården mellan huvudmännen. En enhetschef för myndighetsutövning beskriver:

IHOPA har bidragit till att personalen inom slutenvården har en bättre förståelse för vad som krävs i planeringen för att mottagandet ska fungera för kommunerna. I samtalet är det även lättare att få snabba svar på frågor som kan vara svåra att skriva i text. Det går snabbare i ett samtal och förklarande frågor kan ställas direkt. IHOPA har gjort att vi förstår varandra bättre.

Personcentrerad vård inom slutenvården

Över tid har vårdtiderna på sjukhusen förkortats. Det medför att personalen oftast möter patienten under en kort tid, vilket i sin tur försvårar möjligheten att lära känna personen och skapa en relation. Inom slutenvården är det också en brist på sjuksköterskor, och de ansvarar för alltför många vårdtagare under ett arbetspass. Bristen på sjuksköterskor påverkar även kontinuiteten negativt. Eftersom personalen skiftar mellan olika enheter möter de inte samma patienter under vårdtiden, vilket påverkar omvårdnadsarbetet, och det blir en utmaning att arbeta personcentrerat. Anne Wissendorff-Ekdahl, överläkare i geriatrik, berättar:

Det är också en utmaning med läkare som gärna vill behandla ”in i kaklet”. Det kan bero på att vissa läkare är obekväma med att ta ett ”svårt samtal” med patient och närstående. Det finns ett uppenbart behov av utbildning om samtal för att våga avstå behandling för att på så vis våga möta patientens önskemål.

Det finns dock en stor potential i att öka personcentreringen genom att i större omfattning arbeta i team. De ronder som genomförs inom slutenvården skulle också med fördel kunna bytas mot teamronder för att få en gemensam samsyn och se olika perspektiv och därmed ge en bättre grund för ett personcentrerat arbetssätt. För att vården till äldre personer ska bli mer personcentrerad behövs även fler geriatriska avdelningar. Det är dock något som har blivit bortprioriterat i de flesta delar av landet, utom i Stockholmsområdet. En anledning kan vara att

geriatrisk vård ”tar längre tid” med sitt teambaserade arbete och därför inte riktigt passar in i den specialiserade vårdens uppföljningar, som ofta baserar sig på vårdtider och antal vårdtillfällen. Trots att omfattande forskning visar att geriatrisk vård är lönsam och har långvariga positiva effekter (ex. Kotsani m.fl., 2021) är det svårt att få politiker och ledare att fatta beslut kring frågan. Den geriatriska specialistvården har också möjlighet att möta de äldre personer som bor i hemmet eller på vård- och omsorgsboende som är allra svårast sjuka och ofta har många sjukdomar samtidigt, där vården blir särskilt effektiv om den anordnas som mobila team (ex. Arvidsson m.fl., 2024). Dessa personer slussas annars mellan olika vårdenheter och det finns en risk att ingen tar ett helhetsansvar. Geriatriska enheter behövs även för att möta kommunernas krav på specialistutbildning inom geriatrik och för att behandlingar och vårdinsatser ska kunna utföras med hänsyn tagen till personens förutsättningar och med geriatrikens vana att bedöma detta. I detta ingår även att inleda palliativ vård när det bedöms lämpligt. Dagens ersättningssystem är dessvärre inte heller anpassat för att gagna en samlad vård för äldre personer med många samtidigt sjukdomar.

En personcentrerad vård inom slutenvården behöver börja redan i primärvården. Redskap som levnadsberättelse, läkemedelsgenomgångar och SIP skulle i ökad omfattning kunna användas som grund för att beskriva personens behov, vilja och önskemål för att uppnå delaktighet. Det finns dock en risk att de personer som får i uppdrag att hantera systemen eller registrera i systemen inte ser helheten kring patientens hela situation, problematik eller vilja att delta, vilket medför att informationen inte används på bästa sätt. För att uppnå en personcentrerad vård inom slutenvården behöver således hela organisationen kring den äldre personen förändras.

För att stödja en personcentrerad vård på sjukhus behövs en organisation med färre patienter per sjuksköterska, men det behövs även ett arbetssätt där sjuksköterskan arbetar nära patienten. Det behövs också en kontinuitet i vårdförloppet där samma personal vårdar patienterna under hela vårdtiden och därmed får möjlighet att lyssna in deras vilja och önskemål och göra dem till medskapare av sin behandling och fortsatta vård. Med ett ledarskap som stödjer kontinuitet och en rimlig arbetsbelastning kommer personalen också att känna sig mer tillfreds.

Ledaren har även en viktig roll i att främja en värdegrund och en kultur som genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt. För att läsa mer om personcentrerat ledarskap, se kapitel 7.

Kvalitetsregister som verktyg för en personcentrerad praktik

I den kommunala verksamheten används olika kvalitetsregister som kan vara ett stöd för en personcentrerad praktik. De fyra register som enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) främst används i kommunala verksamheter är: Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem), Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret), Nationellt kvalitetsregister för vård och omsorg (Senior Alert) och Nationellt kvalitetsregister för patienter med svårläkta sår (RiksSår). Kommuner-
na använder data ur dessa register dels för att följa sitt eget arbete och förbättringar av insatser, dels som jämförelse mellan kommuner och med nationella data.

SveDem – för personer med kognitiv sjukdom

SveDem är ett nationellt kvalitetsregister där personer med kognitiv sjukdom registreras. Kvalitetsregistret följer personen över huvudmannagränser och den första registreringen sker vanligtvis i samband med att personen får sin diagnos inom primärvården eller på sjukhus. Registreringen sker sedan fortlöpande även inom kommunal vård och omsorg när personen får olika omvårdnadsinsatser. Ambitionen är alltså att följa personen genom hela vårdkedjan och att följa upp olika insatser över tid.

Registret ger stora möjligheter att följa olika aspekter av personcentrerad vård. Till exempel har användningen av levnadsberättelsen som utgångspunkt för hur vård och omsorg planeras ökat över tid. Levnadsberättelsen kan ge viktig information eftersom personal då lättare kan anpassa samtal och insatser utifrån det som personen har upplevt tidigare i livet. Uppgifter ur registret visar även att miljöanpassningar och strategier för bemötande har ökat stort. Om verksamheter tydligt kan beskriva strategier för personcentrerade möten med personer med en demenssjukdom, är det en viktig indikator för om

vården är personcentrerad. Användningen av SveDem bidrar alltså till att öka medvetenheten om vad en personcentrerad vård till personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom faktiskt innebär.

I praktiken går det utmärkt att använda SveDem som ett underlag för diskussion. Arbetsgruppen kan gemensamt gå igenom frågorna som ställs i registret och diskutera hur de ser på personen och hur de tolkar hans situation. I diskussionen kan både personens styrkor och de hinder som kan uppstå i vardagen fokuseras. Diskussionen omfattar både hur mötet med den äldre personen i omvårdnadssituationer kan förbättras och hur anpassningar i vårdtagarens lägenhet och i gemensamhetslokaler kan göras för att möjliggöra en förbättrad miljö. Diskussionen dokumenteras i en genomförandeplan som även kommuniceras med vårdtagaren om det är möjligt, eller med närstående. En enhetschef för vård och omsorgsboende beskriver:

SveDem ger möjligheter att beskriva insatser som blir mer specifika utifrån vårdtagarens behov och egna resurser. Registret ger möjligheter för arbetsgrupper att diskutera situationer som kan uppstå i vardagen utifrån olika synsätt. Utifrån frågorna som ställs lyfts olika situationer som uppstår i vardagen och gruppen kommer gemensamt fram till hur dessa kan hanteras så att det gynnar den enskilda vårdtagaren och att det fungerar på vårdnheten tillsammans med andra som också bor där.

BPSD-registret för personer med kognitiv svikt

Även BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som har fokus på personer med kognitiv svikt och syftar till att kvalitetssäkra vården för denna grupp. BPSD betyder Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. De vanligaste symtomen är apati, depression, oro, irritabilitet, aggressivitet samt problem med att sova och äta, men varierar mellan olika demenssjukdomar och i relation till sjukdomens svårighetsgrad (Kwon & Lee, 2021). Flera av dessa symtom orsakar oftast ett stort lidande för vårdtagaren, men påverkar även närstående.

Syftet med BPSD-registret är att uppmärksamma symtom, försöka hitta bakomliggande orsaker och planera och utvärdera olika omvårdnadsåtgärder som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt. Vid den

första mätningen görs en bedömning av hur ofta och när symtomen uppkommer och hur mycket de påverkar personen. Exempelvis görs en bedömning av om symtomen uppkommer när personen är ensam eller tillsammans med andra, om det finns faktorer i miljön som kan påverka och så vidare. Denna skattning och efterföljande diskussion utgör därefter grund för att utveckla handlingsplaner som kan handla om hur personalen möter personen, behov av fysisk aktivitet eller minskade stimuli. De förebyggande åtgärderna är minst lika viktiga, det vill säga att vara proaktiv och försöka förebygga att symtomen uppstår. Eftersom skattningen i BPSD-registret utgår från varje enskild person är diskussionen om vad som kan orsaka olika symtom och gemensamma förslag på åtgärder som kan minska symtomen, en viktig grund för en personcentrerad praktik.

BPSD-skattningen ger även ett bra underlag för personal att reflektera över sitt eget beteende och uttryck, exempelvis att konstruktivt tillsammans reflektera över varför oro kan uppstå. Det kan handla om att någon har pratat om något som har lett till att personen blir orolig, men det kan också vara att personalen själva pratar för mycket eller för högt och på så vis skapar oro hos vårdtagarna. I det sammanhanget är det viktigt att också ge varandra feedback om vad som verkar fungera bra och vad som verkar fungera mindre bra.

Senior Alert – för förebyggande insatser

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Senior Alert består av utvecklade och beprövade skattningsinstrument inom de nämnda områdena. Genom att fylla i bedömningarna för respektive område kan de verksamheter som använder registret reflektera över resultatet och stimuleras att förbättra sitt preventiva arbetssätt. Senior Alerts rapporter möjliggör även för kommunerna att följa det egna preventiva arbetet genom att följa utvecklingen av inträffade fall, uppkomna trycksår, viktninskning, munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens. I Senior Alert uppmuntras medarbetare och ledare att arbeta med ett ständigt förbättringsarbete med vårdtagarens behov i centrum. I Senior Alert finns också verktyg för ett systematiskt förbättringsarbete, exempelvis genom PGSA-

hjulet, det vill säga Planera, Göra, Studera och Agera, i syfte att minska gapet mellan verksamhetens nuläge och det önskade läget (se vidare kapitel 11).

I praktiken kan Senior Alert mycket väl användas av det team som möts på arbetsplatsträffarna. I teamet ingår enhetschef, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och omvårdnadspersonal. Varje vårdtagare på den aktuella enheten registreras i systemet och bedöms utifrån de bedömningsinstrument som finns i kvalitetsregistret. Om det framkommer en risk inom något av områdena som mäts kan en handlingsplan utifrån det aktuella området utformas. För att vården ska bli personcentrerad är det av största vikt att åtgärderna kommuniceras med vårdtagaren och utgår från personens vilja och förmåga.

RiksSår – för registrering av sår

RiksSår är ett nationellt kvalitetsregister där svårläkta sår, det vill säga sår som inte läkt eller förväntas läka inom 4–6 veckor, registreras. Såret kan vara ett bensår, ett trycksår, ett fotsår hos person som har diabetes eller ett sår på annan kroppsdel. Personer med svårläkta sår tillhör en medicinskt lågprioriterad grupp som dessutom oftast behöver kostnadskrävande vård under lång tid. De är dessutom oftast äldre personer som har flera sjukdomar samtidigt, och det är inte ovanligt att de ”bollas” mellan olika vårdinstanser som kommun, slutenvård, akutvård, primärvård och privata vårdgivare samt mellan olika medicinska specialiteter eftersom det saknas en tydlig struktur för att tidigt säkerställa sår-diagnos, rätt behandling och uppföljning. Ett svårläkt sår medför ofta en kraftigt nedsatt livskvalitet för den drabbade. För hälso- och sjukvården medför svårläkta sår betydande resursbehov och kostnader för behandling. Det är därför viktigt med ett strukturerat kliniskt effektivt omhändertagande av denna patientgrupp där kvalitetsregistret RiksSår kan ge stöd för uppföljning. Informationen i RiksSår är tillgänglig för både vårdtagare och vårdgivare och har även en modul för kunskapsstöd. Registreringen i RiksSår medför att omhändertagandet kan effektiviseras, och det går också att få fram information om hur många patienter som behandlas hos de olika vårdgivarna och deras resultat, som i sin tur kan ligga till grund för förbättringsarbete.

I praktiken behövs tvärprofessionella team för att göra en bedömning för att först och främst arbeta aktivt för att förebygga sår, men även för att göra en bedömning om åtgärder för att redan uppkomna sår ska läka. Det tvärprofessionella teamet bör bestå av följande professioner:

- Sjuksköterska, som utför bedömning om bland annat hudkostym, sår, sårkanter, smärtförmåga och sårgrad.
- Arbetsterapeut, som gör en bedömning för utprovning av rätt hjälpmedel, exempelvis en madrass till sängen, avlastningsstöd eller rätt gånghjälpmedel.
- Fysioterapeut, som bedömer rörelse och träning som ska främja cirkulation och inte störa sårhäkning.
- Dietist, för att bedöma och ordinera rätt näringsinnehåll då kosten är av stor vikt för sårhäkning.
- Läkare, som ska bedöma orsaken till sårets uppkomst och ordinera rätt behandling samt tillsammans med sjuksköterska ordinera rätt omlägningsmaterial.

För att göra dessa bedömningar personcentrerade krävs stor förmåga att lyssna på vårdtagarens behov, förmåga och vilja. Kommunikationen kring betydelsen av rörelse och att inte ligga stilla är viktig, liksom betydelsen av att göra lägesjusteringar för att minska tryck och smärta.

Vilka utmaningar finns det med kvalitetsregister?

Kvalitetsregister har stora fördelar när de används på rätt sätt, när åtgärder kopplas till den information som framkommer och när åtgärderna följs upp. De flesta register har fokus på utformning av insatser, hur de ska genomföras och hur de ska följas upp. Det finns dock en risk att personen ”bara” blir en registrering i systemet om inte kvalitetsregistren används på ett personcentrerat sätt. En annan risk är att det saknas kopplingar mellan kvalitetsregistren och kommunernas verksamhetssystem, vilket innebär att dokumentationen måste föras på båda ställen. I en rapport från E-hälsomyndigheten (E-hälsomyndigheten, 2023) framkommer att kodningen av hälsodata är ett bekymmer i överföringen av data. En annan utmaning är att det finns en så stor mängd register, i nuläget 17 olika nationella kvalitetsregister, som givetvis skulle behöva bli färre. Rapporten visade också att det ibland förekommer personuppgifter i de nationella kvalitetsregistren som inte

förekommer i journalsystemen, trots att intentionen med registren var att de skulle användas för ”utveckling och kvalitetssäkring av vården på gruppnivå” och alltså inte på personnivå. I systemen skulle huvudsakligen endast indirekta personuppgifter användas (E-hälsomyndigheten, 2023).

Teknik som verktyg för personcentrerad praktik

Det finns en rad olika tekniska lösningar som kan fungera som stöd för att underlätta vardagen för äldre personer och därmed stärka deras självständighet. Sådana exempel är teknik för att underlätta kommunikation, tillsyn, patientsäkerhet, läkemedelsadministration eller egenvård. Vissa teknologiska produkter riktar sig enbart till vård- och omsorgspersonal medan andra är avsedda att användas av äldre personer eller deras närstående. Beroende på teknisk lösning faller den under olika regelverk. Exempelvis definieras läkemedelsautomater som en medicinskteknisk produkt och regleras därmed under Europaparlamentets direktiv (Förordning (EU) 2020/561) och svensk lagstiftning för medicinsktekniska produkter (HSLF-FS 2021:52). Användning av tillsynskameror på äldreboende regleras däremot av Integritetsskyddsmyndigheten. Detta innebär att den som ansvarar för en teknisk lösning måste vara uppdaterad på det regelverk som gäller.

Sveriges kommuner har genom åren gjort stora satsningar på att införa välfärdsteknik och e-hälsa (Socialstyrelsen, 2024). Sjuksköterskor är också överlag positiva till teknikanvändning och tycker att det exempelvis ger en ökad tillgänglighet och helhetssyn över patientinformationen i realtid (Karnehed m.fl., 2022) och bidrar till att de känner att de har en större kontroll över hur de ska prioritera sina insatser (Karnehed m.fl., 2024). Tekniken har också visat sig vara tidsbesparande inom hemsjukvården eftersom ett möte med patienten via telekommunikation eller möjligheten att ta del av information såsom medicinsk journal, läkemedelsbehandling eller utförda delegerade insatser kan ske via datorn (Koltsida & Jonasson, 2021). Det finns dock både tekniska och praktiska utmaningar. Även om teknik används som ett verktyg i det dagliga arbetet och upplevs enkel att använda, krävs det att det finns tillgång till el, internet och teknisk support. Så är inte alltid fallet inom exempelvis hemsjukvården, där

uppkopplingen inte alltid fungerar och möjligheten att erhålla teknisk support inte alltid finns. Det upplevs också tidskrävande att behöva logga in sig och logga ur sig i olika system, något som också försämrar kvaliteten i mötet med vårdtagaren, speciellt vid de tillfällen då telekommunikation används (Koltsida & Jonasson, 2021).

Användningen av teknik inom vård och omsorg väcker även etiska frågor. Även om det grundläggande syftet är att öka trygghet och säkerhet för den äldre personen finns det en risk att tekniken blir ett sätt att kompensera för bristande tillgång till personal. Även äldre personer uttrycker en oro över att tekniken tar överhand och att den används för att tillfredsställa andras intressen (Sundgren m.fl., 2020). Andra studier beskriver att många äldre personer, i valet mellan ett besök av en person eller via teknik, fortfarande skulle föredra en person som kommer hem till dem (Fischer m.fl., 2014; Niemeijer m.fl., 2015). Det är också viktigt att fråga sig hur social stimulans och patientsäkerheten påverkas när det mänskliga mötet uteblir och ersätts av en teknisk eller digital lösning (Smer, 2024).

Det finns dessutom frågor som är relaterade till teknikens bidrag till en jämlik vård på lika villkor. Exempelvis kan äldre personer med nedsatt rörelseförmåga eller nedsatt syn ha svårt att använda sig av viss teknik. Möjligheten till support varierar också beroende på vilket stöd som kan erhållas av närstående eller av vård- och omsorgspersonal. Det finns också ojämlika ekonomiska förutsättningar eftersom viss teknik kan vara dyr i inköp. För personer med nedsatt kognitiv funktionsförmåga kan tekniken skapa oro då det kan vara svårt att förstå hur den fungerar eller varför den finns där (Socialstyrelsen, 2017). Flera kommuner erbjuder därför stöd för att minska digitalt utanförskap, exempelvis träffpunkter där personer kan få utbildning, hjälp och stöd med sin digitala utrustning eller digitala tjänster (Socialstyrelsen, 2024).

Välfärdsteknik

Välfärdsteknik syftar till att stärka hälsa och välbefinnande för vårdtagare och ska användas med fokus på personens behov (Andersson m.fl., 2019). Användning av välfärdsteknik kräver kunskap om digitalisering men även en etisk medvetenhet (Nilsen m.fl., 2016). Det krävs självklart ett samtycke innan tekniska lösningar används. Om beslut tas

över huvudet på en person som tvingas till sådant som hen inte haft möjlighet att påverka eller ge sitt samtycke till, kan det ses som en integritetskränkning (Niemeijer m.fl., 2010).

Definitioner av välfärdsteknik

Det finns inte någon enhetlig definition av välfärdsteknik. Välfärdsteknik definieras vanligtvis som ”digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning” (Socialstyrelsen, 2019). Välfärdsteknik omfattar olika former av hjälpmedel för det dagliga livet som innehåller digital teknik såsom digitala trygghetslarm, tillsyn via sensorer, klockor eller kalendrar för påminnelser, robotar och datorprogram. Det finns ingen begränsning för vad som kan benämnas som välfärdsteknik så länge produkten eller tjänsten ryms i definitionen ovan (Socialstyrelsen, 2019).

Välfärdsteknik befinner sig någonstans i skärningspunkten mellan vanliga hjälpmedel, som förskrivs av hjälpmedelscentralen, och det som benämns e-hälsa, som även inkluderar verksamhetssystem och digitala stöd för personalen (SKR, 2022). En välfärdsteknisk produkt kan alltså vara ett hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och en insats enligt socialtjänstlagen (SoL). Vilken lagstiftning som tillämpas beror på vilken insats som avses, alternativt vilken huvudman som erbjuder välfärdstekniken (Socialstyrelsen, 2024).

Olika former av välfärdsteknik

Olika huvudmän och olika kommuner har kommit olika långt med att införa olika typer av välfärdsteknik i vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2024). I detta avsnitt beskrivs några av de vanligaste som förekommer i praktiken.

Positioneringslarm

GPS- eller positioneringslarm har som funktion att visa var en person befinner sig och fungerar utanför hemmet, vilket innebär möjligheter till en ökad trygghet för både den enskilda personen och för närstående. Exempelvis kan ett positioneringslarm ge ökad självständighet vid utevistelse och ökat deltagande i aktiviteter och i sociala sammanhang. Det kan också ge en möjlighet att gå ut på egen hand och leva sitt liv

som tidigare. Positioneringslarm ökar också möjligheten att på bo kvar i ordinärt boende och minskar behov av hemtjänst. Men det finns även äldre personer som anser att det är just sällskapet på promenaden som är viktigt. Om personal inte längre följer med, utan personen erbjuds ett positioneringslarm i stället, kan det finnas äldre personer som inte kommer att vilja gå ut (Niemeijer m.fl., 2015). Förutsättningen för funktionen är även att personen har GPS-sändaren med sig och att den uppladdningsbara enheten är laddad. Om något av detta missas, kan larmet i stället ge en falsk känsla av trygghet.

Digitala lås

Ett digitalt lås på ytterdörren är en lösning som möjliggör att personal kan öppna dörren, antingen via en applikation i mobiltelefon eller med en digital nyckel. Digitala lås ger också en spårbarhet via loggar, exempelvis om när och av vem dörren öppnades och stängdes. Digitala lås förenklar även för personalen som inte behöver lägga restid på att hämta nycklar inför besök hos personen, till exempel vid larm. Cirka 85 procent av Sveriges kommuner har infört digitala lås, och fler kommuner prioriterar nu att införa systemet (Socialstyrelsen, 2024). Men det finns även etiska aspekter att ta hänsyn till. Även om det kan underlätta för personalen och bidra till trygghet för äldre personer att enkelt kunna få hjälp, kan det också skapa en oro för äldre personer att veta att andra kan ta sig in i bostaden. Sådana exempel, som har varit aktuella i media under 2024, är att äldre kvinnor har blivit utsatta för övergrepp av just vårdpersonal som obehindrat har kunnat ta sig in och ut ur deras bostad.

Digital tillsyn via sensor

Sensorer används idag både i ordinärt boende och på vård- och omsorgsboende. Sensorn kan användas som en digital tillsyn, vilket innebär att sensorn öppnas en kort stund på överenskomna tider ett antal gånger per dygn. Sensorn används oftast för vårdtagare som har behov av tillsyn på natten, men är lättväckta och blir oroliga vid besök i hemmet. Den digitala tillsynen kan användas som alternativ, eller komplement, till personliga besök och beviljas med stöd av socialtjänstlagen. Tjänsten kan ge förbättrad nattsömn, bibehållen självständighet och trygghet för såväl vårdtagare som närstående. Det minskar även behov av fysiska hemtjänstbesök och frigör därmed personalresurser.

Men det är viktigt att komma ihåg att inte alla känner sig bekväma med att bli ”övervakade” via en sensor, och i stället lyfter fram vikten av att en person kommer hem till dem för att de ska känna ökad trygghet.

En kommun som breddinfört sensorer på vård- och omsorgsboende är Osby kommun. När de införde digital tillsyn visade det sig att flera positiva konsekvenser uppstod. Personal hade möjlighet att göra en digital tillsyn och se att vårdtagaren befann sig i sin säng. De behövde inte gå in och störa någon som sov gott. De tidigare rörelselarmen kunde ge utslag även om vårdtagaren bara hade rört sig i sängen eller satt på sängkanten en stund, men valt att lägga sig igen och somna om. Den digitala tillsynen ger även möjlighet att prioritera larm på ett annat sätt så att resurserna kan läggas på de som behöver mer aktiv hjälp. Det var dock en utmaning i uppstarten av den nya sensorfunktionen att ställa in alla funktioner individuellt för varje vårdtagare och att få dem att fungera som personalen tänkt sig.

I all användning av frihetsinskränkande teknik krävs ett samtycke från personen. Bilder som visas ur sensorn får inte utskilja enskilda personer utan bara en anonymiserad bild. En svaghet kan vara att vårdpersonal förlitar sig för mycket på tekniken. Det är därför av stor vikt att det finns rutiner som beskriver hur personal exempelvis utför tillsyn om systemet inte fungerar. En enhetschef på ett vård- och omsorgsboende beskriver:

Sensorerna skapar möjlighet till att anpassa larmet efter varje persons behov. Det går att ställa in på olika tider och kring olika funktioner, vilket ger en utökad möjlighet till personcentrering. Det går även att få funktioner som gäller att larmet reagerar på exempelvis ljud. Larmet kan också reagera om någon inte stigit upp eller lagt sig i sin säng efter exempelvis ett toalettbesök. Sensorerna möjliggör i högre grad en självständighet för vårdtagarna.

Tidshjälpmedel

Det finns olika tidshjälpmedel, exempelvis specialdesignade klockor, timer och kalendrar som visar tiden på ett mer konkret sätt, till exempel med hjälp av färger, bilder eller lampor, som kan bidra med att ge struktur för personer med kognitiv nedsättning. Tidshjälpmedlen ger en

tydlig koppling till dag och tid, vilket kan ge ökad aktivitet, självständighet, trygghet och delaktighet. Hjälpmedlet finns både som förskrivningsbara produkter och som appar.



Läkemedelsautomater

Läkemedelsautomater (se exempel, bild ovan) är en medicinteknisk produkt som fylls med läkemedel för en längre tid och programmeras med vilka läkemedel som ska tas vid vilken tidpunkt. På angiven tid matar läkemedelsautomaten fram läkemedlen och ger en påminnelse till vårdtagaren. Läkemedelsautomaterna kan även kommunicera med ansvarig vårdpersonal och till exempel meddela om någon person inte har tagit sina läkemedel. Vid användning av läkemedelsautomater är det viktigt att kommunen utformar rutiner och säkerställer rätt kompetens hos vårdpersonal för att hantera automaterna enligt lagar och förordningar. Läkemedelsautomaterna kan bidra till effektiv användning av resurser, förbättrad patientsäkerhet och ökad självständighet för vårdtagare.

VR-teknik

VR-teknik kan användas inom en rad olika områden. Exempelvis kan tekniken kopplas till en gamingdator för att använda olika dataspel. Interaktiva filmer och skärmar eller spel ger möjlighet att projicera en aktivitet på ett bord eller ett golv för rörelseträning, vilket kan användas för att träna kognitiva förmågor och finmotorik. Det förekommer även aktiverande digitala hjälpmedel, där personen till exempel kan sitta i en rullstol och cykla runt via Google maps. Det finns även VR-teknik som kan ge närstående möjlighet att förstå hur personer som drabbats av kognitiv svikt kan uppleva sin tillvaro. I vissa kommuner används denna möjlighet till förståelse i anhörigstödsutbildningar där tekniken visar hur en person med kognitiv svikt kan uppfatta en vardagssituation, vilket kan ge närstående en ökad förståelse för personens upplevelse.

Detta kan ge närstående insikter kring hur miljö och samtal kan påverka en person med kognitiv svikt.

Robotdjur

Det finns olika åsikter om huruvida användningen av ett robotdjur är etiskt försvarbart eller inte. Det är därför av yttersta vikt att noga fundera över anledningen till att det används och överväga vilka alternativ som kan finnas. Det är också viktigt att vårdtagaren är medveten om att det är just en robot och att personalen inte försöker intala personen att den är riktig. Ett robotdjur är ett verklighetstroget djur som svarar med olika respons, exempelvis genom att kurra och jama, när personen interagerar med djuret. Robotdjur används bland annat nattetid för att ge en lugnande effekt och bättre sömn, men även som stimulans genom att personen kan småprata med robotdjuret.

I Osby kommun finns erfarenhet av att använda robotkatter både inom vård- och omsorgsboende och på boende för personer med funktionsnedsättning. Personalens upplevelse är att vårdtagare och brukare kan känna välbefinnande av robotkatterna. De blir ett samtalsämne och en individ som hela enheten mår om. Det blir någon att ta hand om som skapar ett lugn hos vissa vårdtagare/brukare. I något fall har personalen upplevt att robotkatten skapat stress genom att vårdtagaren blivit orolig för att katten inte ska få mat eller vatten. I dessa fall har personalen på ett respektfullt sätt ersatt katten med något annat. En enhetschef på ett vård- och omsorgsboende beskriver:

För en av vårdtagarna blev katten den stora tryggheten i vardagen. Ljuden och rörelserna hos katten gav ett stort mervärde. Vårdtagaren blev betydligt lugnare och tryggare. Lugnande medicinering kunde minskas.

Det är av vikt att utvärdera varje insats, och så även robotdjur om dessa används i vården. De kan ibland fungera väl och skapa lugn hos vårdtagaren men ibland kan de skapa oro eller otrygghet. Då är det av vikt att avsluta användningen av robotdjuret.

Det finns också andra typer av robotar som ökar personens självständighet att äta, duscha eller komma i och ur sängen. Även denna typ av teknik behöver dock utgå från den enskilda personens preferenser;

någon kan vilja ha hjälp av en annan person, medan någon annan vill ha stöd i att så självständigt som möjligt utföra sina dagliga aktiviteter.

Sensorisk stimulering

Det finns olika former av sensorisk stimulering, exempelvis musikkudde eller musikväst. Kudden kan fungera som ett lugnande komplement för trygghet vid förflyttning med lyft, där oro kan försvåra förflyttningen för både vårdtagare och vårdpersonal. Musikkuddar kan också användas som komplement till tyngdtäcke för en lugnade effekt. En musikväst fungerar så att musik skapas vid rörelse, medan musiken slutar att spela vid stillhet; på så vis kan den person som bär västen själv skapa musik.

Att införa välfärdsteknik

Välfärdsteknik har många fördelar och kan, om det används på ett adekvat sätt, bidra till personcentrering i vården. Det kan också vara ett hinder om den person som tekniken ska stödja förbises. Det krävs alltså en personcentrerad process som grundas i personcentrerade teorier och ramverk. Det är också av vikt att redan från början av ett projekt involvera alla som på något sätt kommer i kontakt med välfärdstekniken så att allas kunskap och erfarenhet tas tillvara. Det kan vara patienter, närstående, vårdpersonal, verksamhetschefer, utvecklare av välfärdstekniken, finansiärer och så vidare. I en personcentrerad process är även deltagarna med när frågorna som ska användas för utvärdering diskuteras (McCormack m.fl., 2017). Kontinuerlig återkoppling mellan aktörerna redan under utvecklingen av tekniken ökar möjligheten att både välfärdstekniken och utvecklingsprocessen blir personcentrerad.

Även vårdpersonalens attityder och förhållningssätt är avgörande för om ny teknik och nya arbetssätt ska kunna introduceras på ett adekvat sätt. Vårdpersonal är ofta ambivalent inför tekniska lösningar, som både kan locka och skrämma (Nilsen m.fl., 2016). När välfärdsteknik ska införas kan det finnas både ett *organisatoriskt*, *kulturellt*, *tekniskt* och *etiskt* motstånd bland vårdpersonalen. *Organisatoriskt* kan det finnas motstånd till förändringar av etablerade rutiner och nödvändig kompetenshöjning. *Kulturellt* motstånd kan exempelvis handla om språkliga skillnader och kollisioner mellan olika professionella

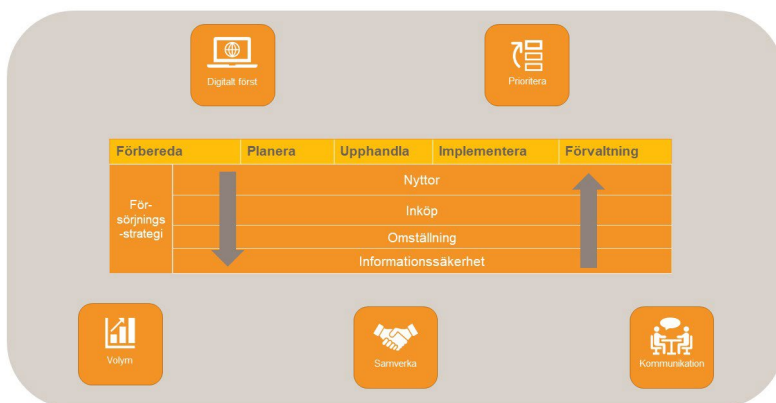
kulturer. *Tekniskt* motstånd innebär ett motstånd mot själva tekniken. *Etiskt* motstånd kan grunda sig på frågor som berör säkerheten och kvaliteten i vården, samt vårdtagarens integritet. Att känna motstånd inför att olika välfärdstekniska lösningar ska införas i verksamheten grundar sig oftast i en känsla av att känna sig hotad, vilket kan ta sig uttryck som en rädsla för förändring och för att förlora makt eller kontroll, men också för att förlora moralisk eller professionell integritet (Nilsen m.fl., 2016). Det är alltså av stor betydelse att redan från början ta personalens oro och rädsla på allvar för att implementeringen ska lyckas, och att de får information om syftet och får utbildning kring tjänsten eller produkten som de ska använda. Det behöver även finnas en supportfunktion som kan svara på frågor om tjänsten eller produkten inte fungerar samt planer för vad personalen ska göra om systemet inte fungerar.

Vid införandet av välfärdsteknik och digitala lösningar behöver det finnas en tydlig organisatorisk medvetenhet och en tydlig plan för hur försörjningsstrategi, nytta, inköp, omställning och informationssäkerhet ska samverka i processen (se figur 1). Processen består av följande faser:

- Förberedelsefasen: då organisationen behöver ta fram beslutsunderlag och fatta beslut om vilken välfärdsteknik och vilka digitala lösningar som ska införas kommande år. Beslutsunderlagen krävs för att prioritera rätt teknik och utgör en försörjningsstrategi för välfärdsteknik och digitala lösningar.
- Planeringsfasen: då organisationen planerar för införandet av välfärdsteknik, vilket omfattar aspekter som nytta, inköp, omställning och informationssäkerhet. Planeringen behöver vara förankrad hos politiker, ledning, verksamhetsnära vårdpersonal och de personer/vårdtagare som omfattas. Det skapar goda förutsättningar för att arbeta mot samma mål. En nyttokalkyl ger viktig information avseende både fördelar, risker och hinder vid införande av välfärdsteknik. Inför inköp av välfärdsteknik och digitala lösningar behövs förberedelser så att kommunen har kontroll på nuläget, sina egna behov och marknaden. Det är också viktigt att avsätta resurser i form av personal som kan delta under planering och införandefas.

- Implementeringsfasen: då det är viktigt att tänka på både implementeringen i verksamheten och omställningen i organisationen. Fasen omfattar även ett informationssäkerhetsarbete som behöver integreras i det övriga arbetet för att få en bra helhet.

Figur 1. Processen för att implementera välfärdsteknik.



Källa: SKR (2024)

Vid införande av välfärdsteknik och digitala lösningar är det av stor vikt att veta vilka kompetenser, roller och funktioner som behövs och att säkerställa att det finns rätt förutsättningar i organisationen för en samverkan mellan dessa. Införandet av välfärdsteknik och digitala lösningar är stora kommunikationsprojekt och det är viktigt att de är förankrade hos såväl målgrupperna som organisationen. Vid förändringar berörs olika målgrupper på olika sätt och därför behöver nyttan för den specifika målgruppen kommuniceras, exempelvis genom att sprida goda exempel och stödja kommunikation mellan målgrupperna.

När ny teknik som används hos vårdtagare införs, är det viktigt att kommunicera vad det innebär och omfattar och varför det införs till både vårdtagare och närstående. Det är även av vikt att systematiskt utvärdera de produkter eller system som har införts. Har de gett avsedd effekt? Bidrar de till ökat välbefinnande för den äldre personen? Har

verksamheten kunnat förbättra eller effektivisera de processer som var tänkta?

Personcentrerad välfärdsteknik – ett praktiskt exempel

”Sensor-baserad screening av fallrisk vid preventiva hembesök för seniorer (PreSens)” är ett pågående doktorandprojekt vid Högskolan Kristianstad. Syftet är att bidra med kunskap för att göra fallprevention mer personcentrerad. Inom ramen för de preventiva hembesök till äldre personer som genomförs i nordöstra Skåne används bärbara sensorer för att screena för fallrisk. I projektet undersöks dels om de bärbara sensorerna faktiskt kan upptäcka och förutsäga fallrisk, dels hur äldre personer upplever att bära sensorerna. De äldre personer som ingår i studien får även skriva en ”fall-dagbok”. En viktig frågeställning är vilken typ av information som bäst kan förutsäga fall – information som samlas in via sensorer och skattningsinstrument, eller information som den äldre personen själv berättar om. En annan frågeställning handlar om hur återkopplingen av den information som sensorerna ger kan bli mer personcentrerad och bidra till att utforma individuella åtgärder som skraddarsys till varje persons unika situation och behov. I projektet intervjuas även de personer som genomför hembesöken om sina tankar om att använda information från sensorer i sitt arbete. Projektet startade under 2024 och det finns ännu inga resultat att redovisa. Projektet är dock ett gott exempel på hur införandet av välfärdsteknik kan genomföras och utvärderas genom att inkludera flera olika perspektiv. Det är också ett exempel på hur de äldre personernas röster får en framträdande position.

Värt att tänka på

Det finns en rad olika verktyg som kan användas för att utveckla en personcentrerad praktik. Det finns dock både möjligheter och utmaningar som relaterar till etiska aspekter och organisatoriska faktorer (både inom och mellan organisationer). Det är av största vikt att alla förändringar är väl förankrade i verksamheten och att hänsyn tas till allas behov, med utgångspunkt i målgruppens behov och situation. Det gäller såväl äldre personer som den personal som påverkas.

I samband med utvecklingen mot en god och nära vård kommer samarbetet mellan olika organisationer och huvudmän bli allt viktigare. Även om det redan nu finns en rad olika verktyg för att utveckla en personcentrerad praktik, används deras potential inte fullt ut eftersom information inte kan delas över huvudmannagränserna. För att kunna utveckla framtidens vård och omsorg behövs således nationella initiativ som stödjer utvecklingen mot att personen som erhåller vård och omsorg på allvar finns i centrum för insatserna och där olika organisationer och professioner bidrar med sin kompetens.

Vi vet inte idag vilka möjligheter som artificiell intelligens (AI) kommer att bidra med i framtidens vård och omsorg. AI är redan idag ett viktigt verktyg inom sjukvården för att tolka röntgenbilder och ultraljud som stöd vid diagnosticering. Det pågår även flera utvecklingsprojekt som handlar om tolkning med hjälp av AI när stora mängder data ska analyseras. AI skulle i framtiden kunna bidra till att rätt insatser ges vid rätt tidpunkt och på ett mer resurseffektivt sätt, då AI skulle kunna fungera som ett viktigt beslutsstöd för personalen.

Att reflektera över

- Reflektera över vilka olika vårdkontakter de vårdtagare som du ansvarar för har. Vems ansvar är det att samordna alla vårdkontakter? Fundera på i vilka situationer brist på information från andra vårdgivare kan ha en avgörande betydelse. Hur skulle det kunna undvikas?
- Tänk dig att en av dina föräldrar har en demenssjukdom och bor på särskilt boende. En dag när du kommer till boendet sitter hen med en robotkatt i famnen och klappar den. Hur skulle du reagera? Varför skulle du reagera så?
- Reflektera över vilka möjligheter som välfärdsteknik kan skapa och vilka risker du kan identifiera. Vilka etiska utmaningar kan du se när det gäller genomförande av vård med användning av välfärdsteknik i relation till vård med befintliga insatser?
- Vilken är din egen kompetens när det gäller olika tekniska lösningar inom äldreomsorgen? Skulle du behöva något för att känna dig mer trygg i din roll som användare – i så fall vad?

Referenser

- Andersson, B., Forsling, N., Berggren, S., & Hadnagy, J. (2019). *Vård och omsorg på distans – 24 praktiska exempel från Norden*. Nordens välfärdscenter.
- Arvidsson, S.A., Biegus, K.R., & Ekdahl, A.W. (2024). The impact of a mobile geriatric acute team on healthcare consumption. *European Geriatric Medicine*, 15(6), 1859–1865.
- E-hälsomyndigheten. (2023). Förstudie om digital nationell infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Slutrapport.
- Fischer, S. H., David, D., Crotty, B. H., Dierks, M., & Safran, C. (2014). Acceptance and use of health information technology by community-dwelling elders. *International Journal of Medical Informatics*, 83(9), 624–635.
- Förordning (EU) 2020/561 om medicintekniska produkter. Europaparlamentet.
- HSL (2017:30) Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet.
- HSLF-FS 2021:52. Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården.
- Karnehed, S., Erlandsson, L-K., & Norell Pejner, M. (2022). Nurses' perspectives on an electronic medication administration record in home health care: Qualitative interview study. *JMIR Nursing*, 5(1), e35363.
- Karnehed, S., Norell Pejner, M., Erlandsson, L-K., & Petersson, L. (2024). Electronic medication administration record (eMAR) in Swedish home healthcare – Implications for nurses' and nurse assistants' work environment: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(2), 347–357.
- Koltsida, V., & Jonasson, L. (2021). Registered nurses' experiences of information technology use in home health care - from a sustainable development perspective. *BMC Nursing*, 20, 71.
- Kotsani, M., Kravvariti, E., Avgerinou, C., Panagiotakis, S., Bograkou Tzanetakou, K., ... & Benetos, A. (2021). The relevance and added value of geriatric medicine (GM): Introducing GM to non-geriatricians. *Journal of Clinical Medicine*, 10(14), 3018.
- Kwon, C.Y., & Lee, B. (2021). Prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia in community-dwelling dementia patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 741059.

- McCormack, B., Dulmen, S. v., Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (2017). *Person-centred Healthcare Research*. John Wiley & Sons Ltd.
- Niemeijer, A. R., Depla, M. F., Frederiks, B. J., & Hertogh, C. M. (2015). The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care. *Nursing Ethics*, 22(3), 307–320.
- Niemeijer, A. R., Frederiks, B. J., Riphagen, I. I., Legemaate, J., Eefsting, J. A., & Hertogh, C. M. (2010). Ethical and practical concerns of surveillance technologies in residential care for people with dementia or intellectual disabilities: An overview of the literature. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1129–1142.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Knudsen Gullslett, M., & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – A longitudinal case study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 657.
- Region Skåne. (2025). Nationell patientöversikt (NPÖ).
- SKR. (2022). *Podden om välfärdsteknik*, avsnitt 1, 2022-10-20. Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR. (2024). *Införa och använda välfärdsteknik*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Smer. (2024). *E-hälsa och välfärdsteknik*. Statens medicinsk-etiska råd.
- Socialstyrelsen. (2017). *Välfärdsteknik. Forskningsartiklar kring välfärdsteknik och en summering av de etiska aspekterna*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019). *Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2024). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024*. Socialstyrelsen.
- SoL 2001:453 Socialtjänstlagen. Socialdepartementet.
- Sundgren, S., Stolt, M., & Suhonen, R. (2020). Ethical issues related to the use of gerontechnology in older people care: A scoping review. *Nursing Ethics*, 27(1), 88–103.
- Vårdsamverkan Skåne. (2024). SIP kvalitet. En systematisk granskning av samordnade individuella planer i delregion mellersta 2023–2024. Region Skåne.

Om författarna

Andriette Näslund (kapitelredakör) är områdeschef och arbetade under arbetet med boken i Osby kommun, men är numera anställd i Kristianstads kommun. Andriette är leg. sjuksköterska och har arbetat under lång tid inom äldreomsorgen, främst med inriktning mot vård- och omsorgsboende och hälso- och sjukvård.

Anna-Karin Edberg (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad. Hennes forskning handlar främst om äldre personers vård och omsorg med fokus på personcentrering, palliativ vård och existentiell ensamhet samt stöd till personalen inom särskilda boenden.

Anne Wissendorff Ekdahl är överläkare och docent i geriatrik samt universitetslektor vid Lunds universitet. Hennes forskning handlar främst om äldres delaktighet i medicinska beslut, effekter av geriatrisk multiprofessionellt teambaserat omhändertagande (Comprehensive Geriatric Assessment) och begreppet skörhet.

Birgitta Ender är leg. sjuksköterska med vidareutbildning i psykiatri. Hon har under många år arbetat inom primärvården i Region Skåne både som verksamhetschef och som primärvårdschef för den offentliga primärvården, och är sedan 2024 pensionär.

Staffan Karlsson är leg. sjuksköterska och professor i hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hans forskning handlar främst om vård och omsorg till äldre personer och personer med demenssjukdom, samt hälsopromotion till äldre personer.

Margaretha Norell Pejner är distriktssköterska och docent i omvårdnadsvetenskap vid Örebro Universitet. Hennes forskning inriktar sig på hur självbestämmande och värdighet hos äldre personer med multisjuklighet kan stärkas i vardagen.

Madelene Törnblom är leg. sjukgymnast och doktorand i vårdvetenskap inom området personcentrering för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Hennes avhandling handlar om sensorbaserad screening av fallrisk vid förebyggande hembesök för äldre personer.

9 Personcentrerade hälsofrämjande insatser

Maria Haak, Johanna Bergman, Daniella Dinse, Gita Hedin, Anna Nivestam & Kristina Persson

Inledning

Hälsofrämjande insatser syftar till att främja fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och riktar sig till personer, grupper eller hela populationer. Dessa insatser inriktas på att skapa miljöer som främjar god hälsa och jämlikhet och uppmuntrar personen till att ta ansvar för sin egen hälsa. Med andra ord att i olika miljöer med olika aktiviteter till exempel identifiera och stärka egna resurser och främja delaktighet för att bibehålla eller uppnå god hälsa. Även om värdet av hälsofrämjande insatser är välkänt har det visat sig vara svårt att utveckla och genomföra hälsofrämjande insatser, delvis beroende på att det är komplicerat att räkna på de ekonomiska vinsterna.

För att uppnå personcentrerade hälsofrämjande insatser finns några viktiga aspekter att beakta. Detta kapitel har därför fokus på ett personcentrerat förhållningssätt utifrån både aktörens och deltagarens perspektiv. Med aktör avses i detta kapitel till exempel organisation eller personal såväl som volontärer som ansvarar för, arrangerar eller på annat sätt arbetar med hälsofrämjande insatser. Med deltagare avses personen, det vill säga deltagaren som står i centrum för den hälsofrämjande insatsen. Kapitlet vänder sig främst till dig som på något sätt ansvarar för, arrangerar eller på annat sätt arbetar med hälsofrämjande insatser.

Hälsofrämjande insatser

På en övergripande samhällsnivå ligger ansvaret för hälsoarbete i Sverige på staten och Folkhälsomyndigheten. Det är där förutsättningar för befolkningens hälsa diskuteras och strategier utifrån ett samhällsperspektiv skapas. På samhällsnivå är det nationella folkhälsopolitiska målet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik

hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation” (Proposition 2017/18:249). Detta innebär att hälsofrämjande insatser behöver ske på arenor där människor lever och verkar. Det innebär också att om vi ska kunna göra insatser för att främja hälsa för olika målgrupper, i olika miljöer, så är det viktigt att den som berörs av insatsen sätts i centrum, det vill säga ett personcentrerat förhållningssätt och en personcentrerad praktik (McCormack m.fl., 2021). För en fördjupning om vad personcentrering är, se kapitel 1 i denna bok.

Hälsofrämjande insatser kan definieras som en process som ger personen möjlighet att skapa förutsättningar för god hälsa genom att öka kontrollen över den (WHO, 1986). På personnivå ligger fokus ofta på personens förutsättningar för hälsa utifrån egna val av till exempel livsstil och levnadsvanor. På lokal nivå bedrivs ofta hälsofrämjande insatser inom ramen för olika arenor som exempelvis skolor, sjukhus och kommunal verksamhet. Exempel på hälsofrämjande insatser finns genom hela livet, allt från barnhälsovård, elevhälsa och vaccinationer i alla åldrar, till erbjudande om hälsosamtal för äldre. Ett exempel på en hälsofrämjande insats på lokal nivå är Preventiva hembesök för äldre (Pre-H). Pre-H är ett samarbete mellan Högskolan Kristianstad och flera kommuner i Skåne. Tillsammans har forskare från högskolan och representanter för de involverade kommunerna arbetat fram en gemensam modell för en hälsofrämjande insats i form av förebyggande hembesök. Äldre personer erbjuds ett besök från exempelvis undersköterska eller sjuksköterska. Med hjälp av ett frågeformulär sker ett samtal om personens hälsa, både fysisk och psykisk, om boendet, ekonomi och andra sociala frågor. En doktorsavhandling som har studerat Pre-H har visat att insatsen kan ha potential att fylla viktiga funktioner både på personnivå och samhällsnivå (Nivestam, 2022).

Oavsett typ av hälsofrämjande insats är det viktigt att ha förståelse för att personer upplever, uppfattar och förstår hälsa på olika sätt. Hur en person definierar hälsa påverkar personens förväntningar på olika insatser vad gäller innehåll, vem som ansvarar för insatserna, samt vilka rättigheter och skyldigheter personen själv och andra har. När aktörer möter personer i olika typer av hälsofrämjande insatser är det därför viktigt att aktörerna, både professionella och frivilliga, har ett person-

centrerat förhållningssätt, det vill säga är lyhörda, placerar deltagaren i centrum och anpassar den hälsofrämjande insatsen efter deltagarnas behov och önskemål.

Personcentrerat förhållningssätt i hälsofrämjande insatser

Varje person är unik, med olika förutsättningar, önskemål, intressen och behov. Då är ett personcentrerat förhållningssätt med personcentrerade insatser en förutsättning för att främja hälsa och därmed också en förutsättning för att insatserna blir hälsofrämjande. Aktörer som arrangerar hälsofrämjande insatser behöver arbeta utifrån ett helhetsperspektiv för att se hela personen. För att kunna arbeta utifrån ett helhetsperspektiv krävs det en relation mellan aktören och personen. Det kan uppnås genom att försöka ta reda på vad som är viktigt för just den personen och vad den personen önskar i samband med insatsen. När det gäller till exempel fysisk träning i grupp, har forskning visat att det är viktigt att involvera deltagarna i beslut som rör den aktuella insatsen för att förhållningssättet tydligt ska bli personcentrerat (Dinse m.fl., 2023; 2025). Vidare kan det, för att skapa en avslappnad och trevlig miljö, vara bra att prata om andra saker än just själva insatsen både innan, under och efteråt. Detta kan hjälpa till att förstå vad som är viktigt för deltagaren. Det lägger också en grund för att försöka få en bild av vad deltagaren värdesätter i livet. För att ta reda på vad någon värdesätter i livet kan frågor ställas om hur personen levt tidigare, om levnadsvanor och vad som är prioritet just nu. Aktörer behöver kunna fånga upp dessa saker, och för att lyckas med det krävs tillgänglighet och närvaro i stunden genom att lyssna uppmärksam. På så sätt skapas en djupare form av relation.

Ett praktiskt exempel på en aktör som arbetar med hälsofrämjande insatser med ett helhetsperspektiv är Kristianstads kommun. I Kristianstads kommun är det politiskt beslutat att satsa på förebyggande och hälsofrämjande arbete. Detta görs bland annat genom hälsofrämjande insatser såsom mötesplatser. Det finns 15 mötesplatser i Kristianstads kommun. Sju av dessa finns centralt i staden och resterande åtta runt om i kommunen. Totalt tio aktörer är engagerade i mötesplatserna, som erbjuder aktiviteter för, och med, deltagare och volontärer. Vid utform-

ningen och genomförandet av aktiviteterna på mötesplatserna är ett personcentrerat förhållningssätt en viktig utgångspunkt, då aktiviteter både uppkommer och anpassas efter deltagarnas egna förutsättningar. Mötesplatsernas aktiviteter sker i både större och mindre grupper och i större och mindre sammanhang. En del aktiviteter har fokus på fysisk aktivitet, som till exempel dans, körsång, vandringar och "tant-parkour". Andra aktiviteter har mer fokus på lärande, till exempel studiecirkel utifrån deltagarnas egna intresseområden. Det finns också exempel på aktiviteter utan ett förutbestämt innehåll eller program. Ett exempel på en sådan aktivitet är Café Bara Va. Café Bara Va är ett forum där det är möjligt att sitta ner och samtala med dem som är där, utan krav på vidare prestation.

För ett personcentrerat förhållningssätt behövs också ett genuint engagemang i personen. Här är samspelet mellan person och aktör i fokus, där mötet äger rum "här och nu" och utifrån personens värderingar. För ett genuint engagemang är det även viktigt att i samspelet ta hänsyn till miljön runt personen. Detta kräver ett kunnande och en kompetens från aktörernas sida så att miljön som insatsen äger rum i maximalt stödjer personen i främjandet av hälsan.

I flera kommuner i Skåne som arbetar med hälsofrämjande insatser arbetas det aktivt med att personen som deltar i insatsen ska känna förtroende för aktören och ska kunna lita på att insatsen är av god kvalitet och grundar sig i forskning. Att personen också ses som en jämbördig partner till aktören kommer till uttryck genom att personen har möjlighet att påverka insatsen och att personens önskemål är en relevant grund för beslut som ska fattas. Eftersom rollen som aktör innebär ett visst maktövertag, är det extra viktigt att vara medveten om detta och underlätta möjligheterna för de deltagande personerna att vara delaktiga i beslut som rör de hälsofrämjande insatserna. Det är viktigt att personen som deltar i insatsen vet vem hen ska vända sig till om personen önskar förändra en insats. Det är också viktigt att, i samband med insatsen, bjuda in personen till att påverka utformning och genomförande. Här kan aktörerna peppa och uppmuntra personen att dela med sig av sina önskemål och tankar för att sedan också agera utifrån dem.

Deltagarens upplevelse av personcentrering

Hur vet vi då att personcentreringen når den berörda personen som deltar i en hälsofrämjande insats? Genom att aktörer har ett personcentrerat förhållningssätt får personen en bra upplevelse av att delta i insatsen. En del i en bra upplevelse är att miljön runt insatsen är utformad på ett tilltalande och tillgängligt sätt. Att utvärdera själva utformningen av insatsen och att utvärdera hälsoeffekterna kan vara ett sätt att få veta om personen har en bra upplevelse av insatsen. Genom att därefter modifiera efter resultaten från utvärderingarna möjliggörs förbättring av personens upplevelse av insatsen.

Om upplevelsen av att delta i insatsen är positiv så inger det en känsla av välbefinnande hos personen och visar att personen känner sig värdefull. På så sätt kan insatsen bli meningsfull och kan medföra att personen väljer att fortsätta med insatsen. Det är dock inte alltid som deltagande i olika hälsofrämjande insatser faller väl ut. Det kan till exempel vara deltagande i en för avancerad promenadgrupp. Då är det viktigt med engagerade aktörer som fortsätter stödja och hjälper till att hitta andra aktiviteter. Det är i ett sådant sammanhang, där känslor av välbefinnande uppstår, som personen kan växa. Genom att som aktör skapa god stämning och en tillåtande miljö kan personen dela med sig av sina tankar och önskemål fritt och öppet. Det kan öka personens känsla av delaktighet i insatsen. Känslan av delaktighet kan också öka genom att personen får olika uppgifter i samband med insatsen. Dock är det viktigt att vara lyhörd för skillnader mellan personer, där en del gärna vill påverka och vara drivande medan andra enbart önskar vara deltagare.

En personcentrerad miljö upplevs som en hälsosam miljö där en god stämning råder, där personen blir sedd och respekterad för den hen är och har en naturlig del i beslutsfattandet när det gäller insatserna (McCance & McCormack, 2017). Personen kommer också att uppleva hur aktörerna genom ett teamsamarbete skapar en tillåtande och tilltalande miljö där hälsofrämjande insatser kan erbjudas.

Att skapa förutsättningar för egenmakt

Karin Boyes välkända ord *"Nog finns det mål och mening i vår färd – men det är vägen, som är mödan värd"* från dikten "I rörelse" förekommer ofta för att beskriva processen och resan mot ett mål, såsom vid arbete med hälsopromotion och hälsofrämjande insatser. Likt en bergsbestigare som står på toppen av ett berg är det ofta inte själva känslan av att stå på toppen som beskrivs som det viktigaste, utan alla tankar om vad personen gått igenom för att ta sig dit, insikten om att själv ha kunnat förbereda sig, tagit sig an utmaningen och ha löst problem som möjliggjort att personen står på toppen. Något verkar hända när människor får uppleva att de har någon form av inre kraft som har skapat något. Den där inre kraften beskrivs ofta med ordet "egenmakt" i forskning kring hälsofrämjande arbete och har en central roll för förståelse för, och arbete med, hälsofrämjande insatser.

Julian Rappaport definierade 1984 det engelska ordet "empowerment", som på senare tid översatts till egenmakt på svenska, enligt följande: *"A process: the mechanism by which people, organizations, and communities gain mastery over their lives"*. Denna tidiga definition synliggör att det är många faktorer som påverkar processen och att den kan ske på både person-, grupp- och samhällsnivå. På senare tid har uppdaterade definitioner använts i litteraturen, och de har gemensamt att de poängterar att egenmakt handlar om att ge människor förutsättningar att ta kontroll över sitt liv, antingen på egen hand eller med hjälp av andra.

Begreppet egenmakt kan betyda olika saker och leda till olika strategier hos olika personer i och med att det har en stark koppling till personens livsvillkor. I grunden finns dock tilltron till människan och människans förnuft och förmåga. Denna starka koppling hänger samman med att begreppet uppstod i samband med minoritetsgruppers kamp för medborgerliga rättigheter under 60–70-talet och visar på den kraft som människor skapade inom sig som personer och hur de kom samman som grupp för att skapa förändringar.

Idag har egenmakt, och det engelska begreppet empowerment, blivit lite av ett modeord med många betydelser. Det är därför viktigt att definiera begreppet i det sammanhang det används. Begreppets breda

betydelse kan skapa en känsla av att det är väldigt abstrakt, men det finns en positiv innebörd som handlar om att fokusera på lösningar snarare än problem. Begreppet förekommer inom flera olika discipliner såsom socialtjänst, sjukvård, pedagogik och hälsopromotion, och ofta lyfts processen fram, där reflektion och handling kan ge människor en ny livssituation. En process som sätter den fria och självständiga personen i centrum, och den enskilda personens förmåga att eftersträva och uppnå mål som personen själv har satt.

Egenmakt i relation till hälsofrämjande insatser

Genom att egenmakt är så starkt förknippat med en persons förmåga till förändring, finns det också en stark koppling till det salutogena perspektivet på hälsofrämjande insatser. Det moderna salutogena perspektivet på hälsoarbete betonar personens resurser, att skapa fler hälsosamma beteenden och att öka kunskapen om hälsa. Dessa hälsofrämjande insatser blir ett medel för att synliggöra sina resurser för att skapa ny kunskap om sig själv, och ta nya steg i sin hälsoresa. Därmed kan det sägas att hälsofrämjande insatser på ett sätt är liktydigt med att agera för mer egenmakt. Målet är att genom insatserna skapa ett ägandeskap genom kunskap, medvetenhet, självkänsla, motivation och tilltro till förändringsmöjligheter och på så vis möjliggöra att en person upplever en känsla av kontroll.

Vid arbete med hälsofrämjande insatser är det dock viktigt att vara uppmärksam på att begreppet egenmakt relaterar lika starkt till maktbegreppet som till hälsofrämjande arbete. Om personerna som insatserna riktar sig till inte upplever makt över sina egna liv här och nu, vem har då makten? Det krävs en medvetenhet om att det finns en risk att aktörerna i projekt med hälsofrämjande insatser tar över makten. Likaväl som att personerna som insatserna riktar sig till ska uppmuntras till egenreflektion så behöver även aktörerna reflektera över huruvida de är medhjälpare, eller om det finns ett maktförhållande mellan ledare och deltagare. Detta förhållande behöver lyftas i arbetet med olika målgrupper, exempelvis vuxna gentemot barn och unga eller vid projekt som handlar om att främja hälsa som del i ett integrationsarbete.

Initialt i en hälsofrämjande insats kan det finnas en mer eller mindre uttalad hjälptagare och en hjälpare. Detta kan skapa en form av expert–

novis-förhållande där den eventuella hjälparen kan vara i ett kunskapsöverläge; ett förhållande som inte behöver vara uttalat, men som kan påverka såväl relation som aktivitet. Det är viktigt att tidigt i insatsen försöka skapa ett ägandeskap hos personen som vill skapa nya hälsosamma vanor, och att det finns utrymme för personens mål. Exempel på ett dysfunktionellt maktförhållande har kunnat ses vid hälsoinsatser inom idrottsrörelsen, där relationen mellan utövare (novis) och tränare (expert) har haft en maktobalans, så att utövaren blir en passiv mottagare och agerar utifrån tränarens vilja. Detta agerande kan till exempel inkludera för mycket träning, ohälsosamma kostrestriktioner eller agerande utifrån vad tränaren vill se. Tränaren kan ses som en "nyckel" till idrottsliga framgångar, men det kan medföra att utövaren själv inte "äger" sin idrott eller sina vanor, något som kan motverka att det blir hälsofrämjande. Idrottsrörelsen förespråkar därför idag ett inkluderande ledarskap som är i linje med ett personcentrerat förhållningssätt. Eftersom idrotten har en så stark drivkraft i prestationer, det vill säga att mäta sig med andra, ska det alltid finnas en medvetenhet om hälsofrämjande aspekter och hälsofrämjande insatser. Därför behövs fler initiativ som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt där utövaren ses som en delaktig partner.

För att kunna möta personer i deras vardagliga miljö är det viktigt att hälsofrämjande insatser sker i flera olika miljöer och i sammanhang där personerna redan känner sig trygga. Detta kan skapa en möjlighet till att bli "gäst" i någon annans miljö, vilket från start ger mer makt åt personerna som insatserna riktar sig till. Det är också viktigt att vid insatsen arbeta aktivt med att göra resan mot mer egenmakt social och interaktiv. Det behövs ett ömsesidigt partnerskap som skapar deltagande och möjliggör dialog för att stärka personens förmåga. Genom detta fokus skapas förutsättningar att minska maktobalansen. Forskning har visat att insatser som lyckas öka personers känsla av egenmakt på sikt skapar fler hälsosamma beteenden och blir mer hållbara på sikt.

Egenmakt i relation till personcentrering

Att synliggöra maktbegreppet i relation till hälsofrämjande insatser är viktigt. Det är dessutom viktigt att ta det ett steg längre och fundera på hur ännu bättre förutsättningar kan skapas så att insatserna blir ett redskap för mer egenmakt, och på så sätt mer hållbara hälsosamma val.

Det är ju inte makt som är fokus i insatsen, utan kraft att både hantera och agera i vardagen. I dessa fall kan personcentrering ge stöd för att hantera den maktobalans som kan störa i miljöer med hälsofrämjande insatser. En maktobalans kan lätt leda till att deltagare styrs i en viss riktning i stället för att insatserna blir dynamiska och öppna för mer delaktighet. Som tidigare avsnitt i detta kapitel har lyft fram, är partnerskap och delaktighet viktiga delar i ett personcentrerat förhållningssätt. Aktörer inom hälsofrämjande insatser behöver börja med sig själva för att förstå att deras kunskap, egenreflektion och agerande kan begränsa deltagarnas upplevelse av egenmakt. Hur kan då detta se ut i praktiken? Ett exempel är hur ledningen för ett hälsofrämjande projekt avsätter tid en gång i månaden för att gemensamt reflektera över konkreta situationer som har uppstått inom projektet, men också för att reflektera över mer generella aspekter av ledarskap och hälsa. Syftet är att försöka bidra till nya perspektiv, men också att lära sig av varandra för att kunna utveckla projektet.

I personcentrering lyfts kommunikation och mötet mellan personer fram som centrala delar; det handlar alltså inte enbart om att överföra information eller kunskap från en person till en annan. Detta har även visat sig vara förutsättningar för att skapa egenmakt hos personer (Halvorsen m.fl., 2020), det vill säga att skapa en tillitsfull relation där en blir bemött som jämbördig och där det finns utrymme att vara delaktig i beslutsfattande. Detta blev synligt i en mindre pilotstudie som genomfördes hösten 2023 i samarbete mellan Högskolan Kristianstad och en idrottsprofilerad gymnasieutbildning i Skåne. Eleverna beskrev att tränarnas förmåga att tillåta dem själva att uppleva och reflektera var centralt för deras lärande, hälsa och personliga utveckling. Eleverna skrev berättelser om sina erfarenheter som lyfte fram tränarteamet på skolan som resurser i elevens utforskande av sin idrott, sin hälsa och sig själv. Ett utforskande som kunde upplevas som komplext och ibland frustrerande när tränarna inte hade givna svar, men när de tänkte tillbaka på det kunde de se en större mening i att tränarna förhöll sig på detta sätt.

Personcentrering som utgångspunkt kan utgöra stöd i arbetet med olika insatser genom att kontinuerligt fråga sig, och fundera över, om förutsättningar för egenmakt verkligen skapas, det vill säga att det inte

enbart handlar om att överföra kunskap. Genom att nyfiket utforska om de hälsofrämjande insatserna ger utrymme för tillitsfulla och respektfulla relationer, förbättras förutsättningarna för egenmakt.



Personcentrerade hälsofrämjande insatser genom hela livet

Hälsa är en dynamisk process som genomgår förändringar genom hela livet. Livsloppet, som inkluderar historiska, sociala och kulturella händelser under en människas livstid, har en betydande inverkan på hälsan. De första tusen dagarna av en persons liv anses vara avgörande för hans framtida hälsa. Redan i livmodern påverkas fostrets hälsa av faktorer som moderns kostvanor och grad av fysisk aktivitet. Efter födseln påverkas hälsan av faktorer som trygghet, kost, rörelse och sömn. Under uppväxten kan skolan, sociala strukturer och skyddsnät spela en avgörande roll för hälsan. I arbetsför ålder kan hälsan påverkas av arbetsmiljön, stress, livssituationen och livsstilsval. Sedan, under äldre år, fortsätter olika faktorer att påverka hälsan, exempelvis socialt nätverk, matvanor och boendesituation. Sammantaget är en persons hälsa starkt påverkad av de olika faktorer och händelser som personen har upplevt under sin livstid (WHO, 2018).

Med hjälp av personcentrerade hälsoinsatser genom hela livsloppet skapas förutsättningar för att utveckla god hälsa. Det är därför viktigt att i hälsofrämjande insatser identifiera och förstå dessa faktorer, som har påverkat en persons liv eller kommer att påverka en person under livet. Därmed kan insatserna anpassas för att möta personens behov på bästa sätt. Det handlar om att förstå och respektera varje persons unika livssituation och behov och att arbeta tillsammans med personen för att främja hälsa och välbefinnande genom hela livet. Ett exempel som rör ungdomar är de två skolbaserade interventionerna ”Sömn på schemat”

och ”Smart skärmtid” som syftar till att främja psykisk hälsa och skolprestationer. Andra exempel på hälsofrämjande insatser för ungdomar är ”Dans för Hälsa”, en hälsoekonomiskt effektiv metod som syftar till att stärka psykiskt välbefinnande (Philipson m.fl., 2023). Ytterligare ett exempel, som är riktat till äldre personer, är den tidigare beskrivna hälsofrämjande insatsen Pre-H som genomförs i flera skånska kommuner.

Världshälsoorganisationen (WHO) betonar vikten av ett livsloppsperspektiv på hälsa för att minska ojämlikheter i hälsa och därigenom förbättra välmående för fler människor, vilket i sin tur leder till minskade behov av insatser från hälso- och sjukvården. I *Minsk Declaration on the Life-Course Approach in the Context of Health* från 2015 presenteras grundläggande principer för detta tillvägagångssätt (WHO, 2015). En av dessa principer är att förstå att varje skede i en persons liv är sammanvävt med andra skeden och med andra personers liv, liksom med tidigare och framtida generationers liv. Det är också viktigt att förstå att en persons hälsa och välbefinnande påverkas av både riskfaktorer och skyddsfaktorer genom hela livet. I hälsofrämjande dialoger med äldre personer finns det alltså en vinst att personalen pratar med personen utifrån ett livsloppsperspektiv. Genom att prata om tidigare händelser i livet, identifiera vad personen tycker är roligt att göra och vad hen upplever som meningsfulla aktiviteter, kan personalen öka välbefinnandet hos den äldre personen. Forskning från medarbetare vid Högskolan Kristianstad visar bland annat att social delaktighet bidrar till att äldre personer mår bra (Nivestam m.fl., 2023). Men olika fysiska och kognitiva nedsättningar kan göra det svårt för personen att utföra vissa aktiviteter. Därför är det viktigt att i dialog med personen identifiera eventuella hindrande faktorer och fundera på om dessa går att avhjälpa (Nivestam m.fl., 2021a).

För att främja hälsa och välmående krävs åtgärder som säkerställer en bra start tidigt i livet, samt skyddar och främjar hälsa under livets olika övergångsperioder. Det är också nödvändigt att tillsammans med hela samhället, inte bara hälso- och sjukvården, skapa hälsosamma miljöer, förbättra livsvillkor och stärka personcentrerade hälsosystem. Ett sätt att anpassa samhället och miljön efter personernas behov och önskemål är att regelbundet lyssna till och bjuda in personer att uttrycka sina åsikter och vara med och påverka hur samhället utformas. Detta kan

exempelvis göras genom hälsoinsatser som förebyggande hembesök till äldre personer, där personal från kommunen besöker den äldre personen i personens hem och genomför ett hälsofrämjande samtal. Vid dessa samtal ges den äldre personen möjlighet att uttrycka åsikter och tankar som kan användas för att utveckla ett åldersvänligt samhälle. Forskning visar att den information som äldre personer delar med sig av kan användas för att planera insatser i kommunen som främjar hälsosamt åldrade och därmed är anpassade efter äldre personers behov (Nivestam m.fl., 2021b).

Effekter och ekonomiska vinster av hälsofrämjande insatser

Att investera i personcentrerade hälsofrämjande insatser kan på lång sikt leda till bibehållen eller ökad hälsa och betydande besparingar inom hälso- och sjukvården. Med andra ord, genom att främja hälsosamma beteenden och en hälsofrämjande livsstil kan risken för långvariga sjukdomar minskas, vilket i sin tur förbättrar både fysisk och psykisk hälsa och livskvalitet. Det leder i sin tur till att kostnader som är kopplade till sjukdom och ohälsa bör minska. Det finns forskning som visar att hälsofrämjande insatser har positiva effekter på människors hälsa och välbefinnande, men när det gäller ekonomiska vinster är resultaten inte lika entydiga.

Det är inte bara den enskilda personen som drar nytta av hälsofrämjande insatser, utan även samhället i stort. Minskade sjukvårdskostnader och ökad produktivitet på arbetsplatser är några av de samhällsekonomiska fördelarna. En systematisk litteraturstudie visar att flera insatser för att främja psykisk hälsa hos ungdomar har visat sig vara kostnadseffektiva, även om variationer i kvalitet och metoder i ekonomiska utvärderingar kan begränsa generaliserbarheten av slutsatserna. Trots begränsningen i generaliserbarhet är det lovande att majoriteten av studierna, särskilt bland barn, ungdomar och vuxna, visar på god valuta för pengarna (Le m.fl., 2021). Det finns dock ett behov av mer forskning om kostnadseffektivitet i låg- och medelinkomstländer.

Det finns olika metoder för att undersöka kostnadseffektiviteten, och det är viktigt att utvärdera både hälsoeffekter och ekonomiska vinster.

Redan för mer än 20 år sedan genomfördes det skolbaserade programmet DISA ("Depressive symptoms In Swedish Adolescents"). DISA visade både goda hälsoeffekter och ekonomiska vinster (Garmy, 2016). Ett annat exempel på en hälsofrämjande insats som har visat sig vara effektiv både ur ett hälsoperspektiv och ett ekonomiskt perspektiv är den tidigare nämnda "Dans för Hälsa" (Philipson m.fl., 2022) som visade att bland annat fysisk och psykisk hälsa, social interaktion och kognition förbättrades. I viss mån visade insatsen också på ett längre liv med bra livskvalitet och att användningen av hälso- och sjukvårdstjänster minskade. Det gjorde även sjukfrånvaron hos både ungdomar och vuxna.

När det gäller insatser för att främja psykisk hälsa och välbefinnande hos äldre personer har det visat sig att riktade hälsofrämjande insatser är mer kostnadseffektiva än generella insatser. Dock är de hälsoekonomiska vinsterna inte lika tydliga när det gäller äldre personer som för barn och ungdomar (Le m.fl., 2021). Det är därför intressant att än mer fokuserat arbeta för utvecklandet av *person-centrerade* hälsofrämjande insatser som tar hänsyn till deltagarnas behov, förutsättningar och önskemål.

Värt att tänka på

Även om vi i detta kapitel visar på några positiva exempel har det generellt visat sig vara utmanande att mäta hälsoeffekter och ekonomiska vinster av hälsofrämjande insatser. Det gör det svårt att få gehör för att utveckla, införa och genomföra hälsofrämjande insatser. För att få gehör på samhällsnivå krävs tydligare motiv. Till exempel behöver politiker inom en mandatperiod kunna visa på effekter för att kunna motivera hälsofrämjande insatser. Annars är risken att de väljer att satsa på andra verksamheter som snabbt ger synliga ekonomiska resultat. Det finns ganska få lagar som ställer krav på hälsofrämjande insatser, men i och med den nya socialtjänstlagen som planeras träda i kraft under 2025, kommer det att ställas tydligare krav. Det som framför allt lyfts är krav på att arbeta mer förebyggande och att insatser som görs bygger på forskning och erfarenhetsbaserad kunskap. Den nya lagen kan ge det stöd som verksamheter behöver för att kunna utveckla hälsofrämjande insatser på olika nivåer för olika åldrar.

Att reflektera över

- Fundera över hur vård- och omsorgspersonal skulle kunna arbeta mer personcentrerat i hälsofrämjande insatser.
- Hur skulle deltagarnas egenmakt kunna stärkas ytterligare och hur säkerställs att maktbalansen mellan personal och deltagare inte blir snedfördelad? Fundera över hur du själv agerar i dessa situationer.
- Fundera över hur effekterna av hälsofrämjande insatser skulle kunna mätas och följas upp både ur ett hälsoperspektiv och ur ett ekonomiskt perspektiv, trots de utmaningar som finns med att beräkna långsiktiga vinster.
- Vad kan göras för att skapa en mer tillgänglig och inkluderande miljö där personer i olika åldrar och med olika förutsättningar kan känna sig delaktiga och motiverade att ta ansvar för sin egen hälsa? Hur skulle det kunna se ut?

Referenser

- Dinse, D., Haak, M., Nilsson, M., Karlsson, S., & Olsson Möller, U. (2023). The influence of the Covid-19 pandemic on municipal meeting places arranging group exercise for older persons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), 2235130.
- Dinse, D., Olsson Möller, U., Nilsson, M., Karlsson, S., & Haak, M. (2025). Strategies for person-centredness at meeting places arranging group exercises for community-dwelling older persons – A focus group study from a stakeholder perspective. *BMC Public Health*, 25, 998.
- Garmy, P. (2016). *Hälsopromotion i skolan. Utvärdering av DISA – ett program för att förebygga depressiva symtom hos ungdomar*. [Doctoral Thesis (compilation), Family Medicine and Clinical Epidemiology]. Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö. ISBN: 978-91-7619-238-2.
- Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., Joranger, P., & Knutsen, R. I. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Education and Counseling*, 103(2020), 1263–1271.

- Le, L. K.-D., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., Chiotelis, O., Bucholtz, J., Chatterton, M. L., & Engel, L. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLOS Medicine*, 18(5), e1003606.
- McCance, T., & McCormack, B. (2017). The Person-centred Practice Framework. I B. McCormack & T. McCance (red.), *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2 uppl., s. 36–64). Wiley Blackwell.
- McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Nivestam, A., Westergren, A., Petersson, P., & Haak, M. (2021a). Promote social participation among older persons by identifying physical challenges – An important aspect of preventive home visits. *Arch Gerontol Geriatr*, 93, 104316.
- Nivestam, A., Petersson, P., Westergren, A., & Haak, M. (2021b). Older person's experiences of benefits gained from the support and advice given during preventive home visits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1096–1103.
- Nivestam, A. (2022). *Health-promoting aspects of preventive home visits for older persons: An individual and a societal perspective*. [Doctoral Thesis (compilation), Department of Health Sciences]. Lund University, Faculty of Medicine. ISBN 978-91-8021-184-0.
- Nivestam, A., Westergren, A., & Haak, M. (2023). What makes older adults feel good? *Aging Clin Exp Res*, 35(6), 1195–1203.
- Philipson, A., Duberg, A., Hagberg, L., Högström, S., Lindholm, L., Möller, M., & Ryén, L. (2023). The Cost-Effectiveness of a Dance and Yoga Intervention for Girls with Functional Abdominal Pain Disorders. *PharmacoEconomics Open* 7, 321–335.
- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction to the Issue. *Prevention in Human Services*, 3(2–3), 1–7.
- Regeringen (2017). *Regeringens proposition 2017/18:249: God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization
- World Health Organization. (2015). *The Minsk Declaration: the life-course approach in the context of Health 2020*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2018). *The life-course approach: from theory to practice: case stories from two small countries in Europe*.
World Health Organization. Regional Office for Europe.

Om författarna

Maria Haak (kapitelredaktör) är leg. arbetsterapeut och professor i hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes forskning handlar bland annat om betydelsen av olika aspekter av hälsofrämjande insatser både vad gäller ungdomar och äldre personer. Haak undervisar främst på forskarutbildningen och handleder flera doktorander.

Johanna Bergman har en magister i idrottsvetenskap och BSc(hons) i Sports Therapy. Hon har arbetat som universitetsadjunkt i idrottsvetenskap och folkhälsovetenskap och är doktorand i vårdvetenskap inom området personcentrering för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Hennes doktorandprojekt handlar om att utforska samverkan mellan idrott och gymnasieskola utifrån ett hälsofrämjande och personcentrerat perspektiv.

Daniella Dinse är leg. sjuksköterska och specialistsjuksköterska inom vård av äldre personer. Hon arbetar som universitetsadjunkt i sjuksköterskeprogrammet och är doktorand i vårdvetenskap inom området personcentrering för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Hennes doktorandprojekt handlar om fysisk aktivitet som arrangeras för äldre personer via mötesplatser i kommunen.

Gita Hedin är folkhälsopedagog och universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes forskning handlar om sömn med ungdomar som främsta målgrupp. Hon driver forskningsprojekten "Sömngrupper" och "Sömn och fysisk aktivitet för ungdomar" och är handledare för en doktorand inom sömn och digitala medier. Gita är även forskningsgruppsledare för en internationell forskargrupp inom Children and Young People in Health Promoting Settings.

Anna Nivestam är leg. sjuksköterska, doktor i gerontologi och universitetslektor i hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hon är biträdande projektledare för forsknings- och samverkansprojektet "Preventiva hembesök till seniorer (Pre-H)". Hon driver forsknings-

projektet ”Från hem till samhälle: nyttiggörande av preventiva hembesök på en samhällsnivå” som syftar till att utforska hur äldre personers tankar, åsikter och svar på hälsorelaterade frågor kan nyttjas av olika samhällsaktörer. Anna handleder också doktorander inom projekt med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Kristina Persson är folkhälsopedagog. Hon arbetar som aktivitets-samordnare på Förebyggandeenhetens mötesplatser i Kristianstads kommun.

10 Att uppmärksamma behov inom palliativ vård

Ingela Beck, Ann-Charlotte Karlsson, Arnhild Nilsson, Andriette Näslund, Ulrika Olsson Möller, Christa Pranter & Marina Sjöberg

Inledning

I detta kapitel beskrivs hur personens behov inom palliativ vård kan uppmärksammas och dokumenteras. Personer som har en allvarlig sjukdom har oftast hälsoutmaningar av fysisk, psykisk, social och/eller existentiell karaktär. Det är inte ovanligt att de upplever att värdigheten och existensen hotas, framför allt vid livets slut. För att kunna uppmärksamma enskilda personers hälsoutmaningar och behov är det en fördel att använda skattningsformulär eller andra verktyg för att personen på ett strukturerat sätt ska tillfrågas om sina upplevelser och vad hen tycker är viktigt att prioritera. För att stödja en personcentrerad vård behöver även personen ges möjlighet att samtala med vårdpersonal om sina tankar och upplevelser, vilket kräver kunskap och färdighet i att föra sådana samtal. Det är också viktigt att planera, genomföra, utvärdera och dokumentera vården på ett personcentrerat sätt, det vill säga med utgångspunkt i personens behov, önskemål och prioriteringar, för att säkerställa att vården blir personcentrerad. Kapitlet vänder sig främst till personal inom vård och omsorg som möter personer som har en eller flera allvarliga sjukdomar och är i behov av palliativ vård.

Samtal för att uppmärksamma behov

För att uppmärksamma personers behov och prioriteringar är samtal ett av de viktigare verktygen som vårdpersonal har. Det är personalens ansvar att öppna upp för samtal om fysiska, psykiska, sociala, känslomässiga och existentiella aspekter, vilket kräver mod att samtala om sådant som kan vara svårt att prata om. Det är betydelsefullt att ställa öppna, äkta frågor och ha förmåga att fokusera på personens berättelse, erfarenheter och förståelse, utan att förställningar om den andra personen står i vägen för sådana samtal (Bullington m.fl., 2019). Läs mer om

hur förmågan att föra samtal på personcentrerad grund kan utvecklas i kapitel 14.

Det kan finnas flera olika hinder för att prata om existentiella frågor, såsom tankar och känslor om livet, oro för sjukdom och behandling, eftersom dessa frågor kan väcka negativa känslor hos både personen med allvarlig sjukdom och hos närstående. Det kan handla om oro, men även känslor av skam och sorg, som kan vara svåra att prata om. Samtidigt beskriver vårdpersonal som i sitt arbete möter äldre personer att det är utmanande och svårt att samtala om existentiella aspekter (Sundström m.fl., 2018). Det finns därmed en uppenbar risk att personens känslomässiga och existentiella behov inte uppmärksammas.

Skattningsformulär för att uppmärksamma behov

Även om öppna samtal ger en möjlighet för personen att berätta om sina önskemål och behov, kan olika skattningsformulär användas för att säkerställa att personens hälsoutmaningar och behov verkligen uppmärksammas. Ett skattningsformulär består vanligtvis av ett antal frågor med fasta svarsalternativ, men det kan även ingå öppna frågor som personen kan besvara med egna ord. Skattningsformulär är oftast framtagna för att personen själv ska skatta sina hälsoutmaningar, men kan även användas som ett underlag för ett samtal med vårdpersonalen.

Två skattningsformulär som finns tillgängliga på svenska och som används för att uppmärksamma hälsoutmaningar och behov hos personer med allvarlig sjukdom är Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) och Integrated Patient care Outcome Scale (IPOS) (RCC, 2023). ESAS är ett skattningsformulär som omfattar åtta vanligt förekommande symtom: smärta, trötthet, sömnhet, illamående, aptitlöshet, depression, oro/ångest och andnöd. Det finns även möjlighet att lägga till ett personspecifikt symtom och skatta välbefinnande. Skattningen görs på en 11-gradig skala: ingen (0) till värsta tänkbara (10) förekomst. IPOS omfattar, liksom ESAS, vanligt förekommande symtom och det finns möjlighet att lägga till personspecifika symtom. IPOS omfattar även en fråga om inre lugn och ro samt frågor om andra hälsoutmaningar (se faktaruta). Detta bokkapitel kommer främst att

utgå från skattningsformuläret IPOS som ett exempel på hur strukturerade samtal för att uppmärksamma personers behov kan genomföras.

Faktaruta. Exempel på frågor och svarsalternativ i IPOS

IPOS består av frågor inom olika områden. Den första frågan är en öppen fråga: *Vilka har dina huvudsakliga problem/bekymmer varit den senaste veckan?*

Därefter följer frågor med fyra svarsalternativ: nej, inte alls (0), lite (1), måttligt (2), mycket (3) och värsta tänkbara (4). Exempel på en fråga med detta svarsalternativ är: *Har du känt ångest eller oro över din sjukdom eller behandling?*

Det finns även frågor med svarsalternativen: ja, hela tiden (0), ofta (1), ibland (2), vid enstaka tillfällen (3) och nej, inte alls (4). Exempel på frågor med dessa svarsalternativ är: *Har du fått så mycket information som du önskat? Har du fått hjälp med praktiska problem? Har du känt lugn och ro inombords? Har du berättat för dina närstående hur du mår?*

Det finns studier som visar att personer delar med sig av mer än 10 gånger fler hälsoutmaningar om skattningsformulär används i jämförelse med när personen får svara på en öppen fråga om vilka symtom och hälsoutmaningar personen upplever (Honsi m.fl., 2006). Användningen av skattningsformulär har också visat sig underlätta diskussioner mellan vårdpersonal och patienter om deras livskvalitet och visat sig leda till ett ökat känslomässigt och psykologiskt välbefinnande (Etkind m.fl., 2015). Skattningsformulär kan således dels användas som underlag för samtal, dels utgöra grunden för en personcentrerad plan för vården.

Att använda IPOS för att uppmärksamma behov

Personer som har allvarliga och livshotande sjukdomar har ofta behov av palliativ vård. De kan vårdas inom en rad olika vårdkontexter, exempelvis särskilda boenden, slutenvård och specialiserad palliativ vård, och ibland är varken de själva eller vårdpersonalen medvetna om att de är i behov av palliativ vård. Personer som bor/vårdas inom dessa

vårdkontexter har ofta en komplex sjukdomsbild med flera symtom och hälsoutmaningar. Skattningsformuläret IPOS har översatts och anpassats till en svensk vårdkontext för att kunna användas inom såväl särskilda boenden och slutenvård som specialiserad palliativ vård. För att öka användbarheten av IPOS i praktiken har både patienter och vårdpersonal varit med i anpassningen av skattningsformuläret (Beck m.fl., 2017). Vårdpersonal ansåg att IPOS med fördel kunde användas tidigt i vårdförloppet, exempelvis i samband med att äldre personer med en eller flera allvarliga sjukdomar flyttar in på särskilt boende eller i samband med att personer som befinner sig vid livets slut skrivs in i specialiserad palliativ vård för att tidigt kunna uppmärksamma deras behov.

Några av de första enheterna att använda IPOS i Sverige var lung- och neurologavdelningar inom slutenvården. Vårdpersonalen upplevde att användningen av IPOS bidrog till att vården blev mer personcentrerad (Lind m.fl., 2019). Enheterna använde IPOS som ett självskattningsformulär, det vill säga att vårdpersonalen bad personerna att besvara frågorna i IPOS och därefter samlade in deras skattningar. De patienter som deltog i kontextanpassningen av IPOS till svenska förhållanden uttryckte dock att det var viktigt att det fanns någon som lyssnade till deras berättelse när de skattade sina upplevda hälsoutmaningar, eftersom det gav dem möjlighet att tillsammans med personalen reflektera över sin situation och sina behov (Beck m.fl., 2017). Detta blev en viktig utgångspunkt när IPOS skulle införas inom specialiserade palliativa vårdenheter i Skåne. Skriftliga riktlinjer och en introduktionsfilm om att IPOS företrädesvis skulle användas som samtalsunderlag togs fram för verksamheten. En utbildning togs även fram med fokus på hur frågorna i IPOS kunde användas och vikten av att vara närvarande och att lyssna in personens berättelse och att stämma av sin tolkning av det som förmedlas för att undvika missförstånd (Beck m.fl., 2020). Utbildningen omfattade tre timmar och upplevdes positiv, och personalen tyckte att de hade fått en ökad beredskap för att använda IPOS som underlag för samtal.

Även de personer som har samtalat med vårdpersonal med IPOS som underlag har uttryckt att det underlättar för dem att samtala om sin situation och det som är viktigt för dem. De upplever att vårdpersonalen förstår deras personliga behov och att vården har anpassats efter deras

specifika behov (Högberg m.fl., 2019). Samtalet gav dem möjlighet att reflektera över sitt välbefinnande och sin livssituation, vilket gjorde att samtalet i sig upplevdes vårdande. Reflektionerna medförde även att de efteråt kunde tänka på sin situation ur ett nytt perspektiv.

Vårdpersonalens erfarenheter av att använda IPOS

Vårdpersonal som använder skattningsformulär, i detta fall IPOS, som underlag för samtal upplever att samtalet tydliggör för dem vad som faktiskt är viktigt för personen samt hjälper dem att förstå vilka önskemål och behov personen har (Beck m.fl., 2023). Genom att utgå från frågorna i IPOS ställer vårdpersonalen frågor som de annars inte brukar fråga om, vilket ger en mer heltäckande förståelse för personens situation, behov och önskemål, men även för närståendes situation, vilket i sin tur kan bidra till en mer personcentrerad vård.

Inom specialiserad palliativ vård

En specialistsjuksköterska som arbetar inom specialiserad palliativ hemsjukvård ger ett exempel på hur de arbetar i praktiken för att uppmärksamma patienters behov och synliggöra patienten för teamet. Inför hembesök används ett digitalt planeringsverktyg där IPOS finns med som en aktivitet i planeringsverktyget, tillsammans med en uppdatering av patientens omvårdnadsstatus, resurser och hälsoutmaningar. Det som framkommer vid självskattningen med IPOS och i samtalet med patienten dokumenteras under omvårdnadsstatus. Sjuksköterskan berättar:

Det är lättare för patienterna att sätta ord på hur de mår när samtalet utgår från frågorna i IPOS, speciellt för de som annars har svårt för detta. Frågorna i IPOS underlättar också samtal med patienter som kan ha svårt att hålla en ”röd tråd” i samtal om deras problem och behov.

Samtliga självskattningar som personen har gjort under vårdtiden sparas i planeringsverktyget. För att synliggöra personens hälsoutmaningar och behov och hur de har förändrats över tid visas självskattningarna som en graf på en skärm vid möten med teamet.

Det är tillfredsställande att patientens självskattning av sina problem och behov synliggörs för alla i teamet och att det

finns förtydliganden i patientjournalen som gör att patientens önskemål och behov är i fokus. Det är som att patienten blir en del i teamet på teamronden.

En annan specialistsjuksköterska berättar att hen tillsammans med sina kollegor har reflekterat över användningen av skattningsformuläret och noterat att de inte använde IPOS i den utsträckning som verksamheten hade som målsättning. I ett förbättringsarbete testade de därför vilka hälsoutmaningar och symtom som sjuksköterskan uppfattade att personen hade haft under den senaste veckan efter att ha samtalat med personen under ett hembesök, för att i slutet av hembesöket låta personen och sjuksköterskan besvara skattningsformuläret var för sig. Det fanns en relativt god överensstämmelse mellan de flesta av de skattade aspekterna, men det fanns även skattningar som skiljde sig åt. Enligt sjuksköterskan gällde det främst hälsoutmaningar som de inte hade samtalat med personen om under hembesöket, exempelvis dålig aptit och svårigheter att äta. Även om de hade pratat om åtgärder för att underlätta ätandet hade de inte pratat om munhälsan. Det framkom först när personen bevarade formuläret. Sjuksköterskan berättar vidare att:

När jag nu har träffat personen flera gånger är det lättare för mig att ställa frågor med IPOS som underlag. Jag kan ställa frågor som jag trodde var känsliga, men som har visat sig att personen gärna pratar om.

Sjuksköterskans berättelse visar att skattningsformulär kan bidra till att vårdpersonal känner sig mer trygga i att ställa frågor som tidigare har varit känsliga för dem att ställa. Den visar också på risken att missa att ställa viktiga frågor om vanliga hälsoutmaningar och att det lätt kan uppstå missförstånd under ett samtal. Även om vårdpersonalens erfarenheter visar på att det finns fördelar med att använda självskattningsformulär som underlag för samtal, sker det ännu inte som en naturlig del i praktiken.

Inom särskilt boende

En specialistsjuksköterska med inriktning vård av äldre berättar om införandet av IPOS som underlag för samtal med äldre personer som bor på det vård- och omsorgsboende som hon ansvarar för. Boendet har platser för både äldre personer med kognitiv sjukdom och för personer

med andra sjukdomar och funktionsnedsättningar. Samtalet utgår från frågorna i IPOS och genomförs med ett personcentrerat förhållningssätt genom att samtalet anpassas efter den äldre personens önskemål och behov och att genom ett delat beslutsfattande planera för och utvärdera vård- och omsorgsinsatserna.

Inför införandet av samtalen rekryterades en sjuksköterska med erfarenhet av att samtala med äldre personer utifrån IPOS. När samtalen infördes var det viktigt att de genomfördes i en lugn miljö och en tid på dygnet som passade den äldre personen. Exempelvis kunde samtalet genomföras under en promenad om personen blev lugn och trygg av det. En sjuksköterska berättar:

De flesta personerna uppskattar samtalen och ger uttryck för att de känner sig sedda och blir tagna på allvar genom samtalen och de tycker att det känns skönt att sätta ord på hur de mår.

När det gäller personer som har en kognitiv sjukdom är det en fördel om samtalet genomförs av personal som personen känner sedan tidigare, eftersom det kan skapa en trygghet som underlättar för personen att berätta om hur hen mår och om sina svårigheter, behov och önskemål. För personer som har andra sjukdomar och funktionsnedsättningar kan det vara annorlunda. Det finns personer som tycker att det är en fördel att samtala med personal som de *inte* har nära kontakt med sedan tidigare, eftersom det kan underlätta för dem att prata mer öppet om vilka hälsoutmaningar och behov som de har och som de kanske inte får tillgodosedda.

Vissa äldre personer har upplevt det stressande när oerfaren personal har deltagit för att lära sig att hålla samtal. En anledning var att den personal som var oerfaren stod vid sidan om den äldre personen under inledningen av samtalet. Trots att hen därefter satte sig ner på en stol var den äldre personen påtagligt störd av det under resten av samtalet. Det är därför viktigt att vårdpersonal får möjlighet att praktiskt träna på samtal som kan bidra till att den äldre personen känner sig lyssnad till och tagen på allvar (se även kapitel 14).

Att använda skattningsformulär – hinder och möjligheter

Vårdpersonal inom slutenvården beskriver att det kan vara svårt att samtala med patienter om deras behov och ställa frågor om deras oro för sjukdom och behandling eller om de har berättat för sina närstående hur de mår (Lind m.fl., 2019; Beck m.fl., 2023). Samtidigt är det just de frågorna som personerna menar är viktiga för dem att få prata om (Beck m.fl., 2017). Osäkerhet och föreställningar om vad personerna inte önskar prata om kan alltså vara det som hindrar vårdpersonal från att ställa de frågor som personerna egentligen vill ha. Det är också viktigt att vara medveten om att vissa personer vill prata med vårdpersonalen, men håller igen och pratar i stället med andra om sin situation och frustration. Det finns såklart även personer som inte vill prata med vårdpersonal om sin situation.

Ett annat hinder kan vara att vårdpersonalen bedömer att personen inledningsvis kan känna sig otrygg i en ny miljö på en palliativ vårdavdelning och därför väntar med samtalet tills personen har anpassat sig och känner sig trygg i miljön (Beck m.fl., 2023). Detta kan sättas i relation till att patienter å sin sida upplever att möjligheten att få samtala om sina behov ger en känsla av trygghet och att vården känns säker (Högberg m.fl., 2019). Ett annat hinder kan vara att samtalet inte kan genomföras ostört. Därför är det viktigt att vårdpersonal förbereder sig innan samtalet genom att stänga av sin telefon och berättar för sina kollegor att de inte vill bli störda. Om de, trots detta, ändå blir avbrutna upplevs strukturen i IPOS underlätta för att kunna återgå till samtalet genom att de snabbt kan identifiera vad de nyss pratade om.

Användningen av IPOS som struktur för samtal ger en möjlighet för vårdpersonal att träna sig i att ställa frågor som annars kan kännas onaturliga och känsliga. För att det ska bli ett samtal som är personcentrerat är det viktigt att vårdpersonal känner sig trygga med att samtala om de mer känslomässiga och existentiella aspekter som uppkommer. Vårdpersonal som har hållit i sådana samtal upplever att det efterhand blir lättare att släppa fokus på skattningsformuläret och i stället ha fokus på själva samtalet och det som patienten berättar (Beck m.fl., 2023). I och med detta blir samtalet mer flexibelt och följer det patienten uttrycker, snarare än att frågeformuläret används som ett antal frågor som ska checkas av.

Samtalskort som verktyg för att uppmärksamma behov

Samtalskort är ett annat verktyg som kan underlätta samtal om det som kan vara svårt att samtala om, till exempel önskemål och prioriteringar vid livets slut. Med hjälp av de förtryckta påståenden som finns på samtalskortet får personen hjälp att sätta ord på det som är viktigt och det som kan vara svårt att formulera (Lankarani-Fard m.fl., 2010; Raisio m.fl., 2015). Det som framkommer under ett sådant samtal kan därefter utgöra en grund för personcentrerad vård.

Det finns olika kort på svenska: PRIO-korten (Möller m.fl., 2020) och DöBra-korten (Eneslätt m.fl., 2020). PRIO-korten har en version med 46 påståenden och en förkortad version med 20 påståenden som har utvärderats med hjälp av patienter inom specialiserad palliativ vård. DöBra-korten innehåller 36 kort med påståenden som har utvärderats med hjälp av ”friska” äldre personer. Påståendena på korten skiljer sig åt något, men berör samma områden. PRIO-korten innehåller påståenden som till exempel ”Att vara fri från smärta”, ”Att känna mig trygg”, ”Att orka göra det som är viktigt för mig” och ”Att få dö på den plats jag vill”. Kortleken innehåller också ”wild cards” där personen själv kan lägga till egna påståenden om sådant som upplevs vara viktigt. Kortet innehåller påståenden inom såväl fysiska, psykiska, sociala, existentiella och praktiska aspekter.

Användning av PRIO-kort

För att stimulera till samtal kan PRIO-korten med fördel göras tillgängliga i dagrum på en vårdavdelning eller presenteras vid ett hembesök. Även om korten introduceras av vårdpersonal är det inte säkert att personen vill samtala med just vårdpersonal. För vissa personer kan det vara tillräckligt att familjen vet om deras önskemål och prioriteringar, och därmed föredrar de att använda korten i samtal med dem. Det är personen själv som avgör om, när och hur korten ska användas. En person som har haft en sjukdom i många år kan redan ha reflekterat över vad som är viktigt och berättat om detta för både familjemedlemmar och vårdpersonal. För andra personer kan korten vara startskottet för att kunna genomföra ett samtal med de personer som de önskar. Samtidigt är det viktigt att vårdpersonal, när de introducerar korten,

berättar att det som kommer fram vid samtalet kan vara viktigt för vårdpersonal att känna till för att kunna erbjuda en personcentrerad vård.

För att personen i lugn och ro ska kunna bekanta sig med kortens påståenden kan det vara en fördel om personen får information om hur samtalet kan gå till och får tillgång till korten innan samtalet ska genomföras. Detta innebär också att personen kan välja att sortera korten i förväg och därmed rikta samtalet mot vad hen tycker är viktigast och välja bort kort om sådant som känns oviktigt eller som hen inte vill prata om.

Innan samtalet genomförs är det viktigt att fundera över och diskutera med personen var, när och hur samtalet ska genomföras för att skapa så goda förutsättningar som möjligt. Samtalet styrs utifrån om personen i förväg redan har sorterat korten eller inte. Målet är att personen innan eller under samtalet ska välja ut de 10 kort som är viktigast just nu. För att underlätta processen kan korten initialt delas upp i tre högar: mycket viktigt, ganska viktigt och inte alls viktigt. För att starta ett samtal redan under sorteringen av korten kan personen uppmanas att ”tänka högt” för att sätta ord på sina tankar och känslor om påståendena på korten. På så vis kan vårdpersonalen få en bild över personens situation, önskemål och prioriteringar. Det viktiga är inte att komma fram till exakt 10 påståenden, utan att hjälpa personen att komma fram till, och sätta ord på, vad som verkligen är viktigt. Patienter inom specialiserad palliativ vård som var med och utvärderade användningen av korten, tog fram mellan 9 och 14 kort för aspekter som upplevdes viktigast (Möller m.fl., 2020).

Patienter som har använt kortleken upplever att påståendena i hög utsträckning är relevanta och väcker tankar, och de upplevs inte som stötande (Möller m.fl., 2020). Exempel på egna påståenden som personerna la till var ”Att leva mitt liv så normalt som möjligt” och ”Att ha roligt och njuta”. Kortet är alltså ett verktyg som kan underlätta samtal för att få fram en persons önskemål och prioriteringar. Personer som har använt korten menar att det gjorde dem medvetna om saker som de inte tänkt på tidigare och hjälpte dem att sätta ord på sina tankar och känslor. Samtalet om korten kunde väcka känslor av sorg och oro, men också lättnad över att ha kunnat sätta ord på sådant som tyngt dem. Kortet kunde också väcka minnen från deras tidigare liv som de

reflekterade över, vilket hjälpte dem att bli klara över vad som var viktigast just nu. De uttryckte att det som var viktigast var mer relaterat till deras dagliga liv och mindre till frågor som hade med döendet och döden att göra.



Det är viktigt att ta hänsyn till, och planera för, att samtalet kan väcka starka känslor hos patienten. Som vårdpersonal är det viktigt att vara medveten om det och vara väl förberedd genom att avsätta tillräckligt med tid och utrymme för samtalet och även vara kvar som stöd efter själva samtalet. Personen behöver också information om vart hen kan vända sig vid behov av ytterligare stöd kring tankar och känslor som kan uppkomma i efterhand. Det kan vara lämpligt att följa upp hur samtalet upplevdes efter någon eller några dagar.

För vissa personer, exempelvis personer som är vid livets slut, kan 46 kort (PRIO-korten) vara för många att sortera och samtala om. Det kan till exempel vara svårt att hålla alla påståenden i minnet och sortera korten i olika högar. Därför finns PRIO-korten även med enbart 20 påståenden (Olsson Möller m.fl., 2022). Vilken av kortlekarna som ska användas får avgöras i dialog med den person som uttryckt intresse för ett samtal med korten som underlag. Båda kortlekarna innehåller påståenden som är relaterade till fysiska, psykiska, sociala, existentiella och praktiska aspekter.

Sammanfattningsvis visar studier att kort som samtalsverktyg i denna kontext är en genomförbar, lämplig och uppskattad metod. Att få korten i förväg gör att personerna kan styra processen genom att välja om, och i så fall vad, med vem och när, de vill diskutera, vilket stödjer ett personcentrerat förhållningssätt. Samtal om kortens innebörd kan vara

extra viktigt då rankningen av kort och motiven bakom vilka kort som väljs kan skilja sig åt över tid (Eneslätt m.fl., 2021). Det är alltså viktigt att vara medveten om att samtalet ger en ögonblicksbild över vad personen önskar och prioriterar just nu, och att det därför kan vara viktigt att upprepa samtalet för att följa upp det som tidigare var viktigt och eventuellt modifiera vad som är viktigast just nu. Korten kan med fördel användas kontinuerligt för att i dialog sätta personcentrerade mål för personens vård.

Personcentrerad dokumentation

Enligt lagstiftningen ska dokumentationen säkerställa en personcentrerad vårdprocess. Journalanteckningarna ska innehålla information som är av betydelse för personen som det rör, men också information för att vårdpersonal ska kunna ge en vård som är anpassad till personens behov. Informationen ska exempelvis innehålla medicinsk diagnos, undersökningar, vård och behandling samt anteckningar om den omvårdnad/vård som ges. Informationen ska vara tillgänglig för personen själv att läsa (HSLF-FS 2016:40; Patientdatalagen, 2008).

Hur ska då en dokumentation som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt utformas? En aspekt att beakta är att personen som dokumentationen gäller bör vara delaktig i sin planering och i de vårdplaner som upprättas som grund för den fortsatta vården. En annan aspekt är vad som ska dokumenteras. Förutom information om personens hälsoutmaningar och hur dessa ska behandlas, ska även information som rör personens önskningar, övertygelser och värderingar dokumenteras, vilket behövs för att få en helhetsbild av personens situation och för att få del av hur personen själv ser på sin situation och sina behov.

Studier som har granskat dokumentationen i äldre personers patientjournaler visar att en övervägande del av innehållet rör fysiska symtom och behandling. Endast en mindre del omfattar dokumentation som handlar om personliga önskningar, övertygelser och värderingar (Sjöberg m.fl., 2021). I en studie som undersökte dokumentationen i patientjournaler för äldre personer med demenssjukdom som bodde på särskilt boende, saknades helt noteringar om att personalen haft samtal kring personliga önskemål (Høgsnes m.fl., 2016). Troligen utförs och sker det mer samtal och aktiviteter än det som dokumentationen visar.

För att dokumentationen ska vara personcentrerad, bör den göras i samförstånd med den person som det berör, vilket ibland kan vara svårt.

Personer med en eller flera sjukdomar, så kallad multisjuklighet, har ofta en komplex sjukdomsbild, vilket innebär att det kan finnas flera hälsoutmaningar och behov som behöver uppmärksammas. Hur många problem/symtom en person har, och hur de påverkar personen, är högst individuellt och behöver dokumenteras. Ett exempel från en granskning av patientjournaler inom specialiserad palliativ vård visade på en stor variation i antalet symtom som var dokumenterade. I några journaler fanns endast ett problem dokumenterat medan det i andra journaler fanns upp till 15 olika problem dokumenterade (Sjöberg m.fl., 2021). Det är också så att flera symtom och problem kan vara sammanflätade med varandra och därmed påverka personen på olika sätt. Exempelvis kan smärta och andningssvårigheter påverkas av oro och ångest och vice versa. Det visar på en svårighet att se symtom och problem utifrån endast en aspekt. I stället behöver olika hälsoutmaningar ses utifrån både psykiska, sociala och existentiella aspekter för att vården ska bli personcentrerad.

I studien av Sjöberg med flera (2021) visade det sig att användningen av skattningsformulär som omfattar frågor som rör flera olika områden, exempelvis ESAS och IPOS, var ovanligare än skattningsinstrument som endast omfattar ett område, exempelvis skattning av smärta med Numerisk Rating Scale (NRS) och Visual Analog Scale (VAS). Journalgranskningen visade att det fanns totalt 46 anteckningar om självskattade problem och behov med ESAS eller IPOS, i jämförelse med 516 anteckningar av ett självskattat problem, exempelvis smärta, med NRS eller VAS. Det visar på att skattningsformulär som omfattar flera olika aspekter inte användes i någon större utsträckning vid tiden för studien, något som förhoppningsvis kommer att förändras över tid.

För att kunna erbjuda och genomföra en personcentrerad vård behöver även personens önskemål identifieras och dokumenteras. Granskningen av patientjournaler inom specialiserad palliativ vård visar att sådana önskemål endast fanns dokumenterade i 62 av 92 patientjournalerna (67 procent) (Sjöberg m.fl., 2021). Det tyder på att vårdpersonal inte har frågat efter, eller inte har dokumenterat, personens önskemål och att dessa önskemål därför riskerar att inte uppmärksammas av vården.

Personcentrerad dokumentation – hinder och möjligheter

För att kunna utföra en personcentrerad vård i praktiken krävs att de insatser som ska utföras är dokumenterade, så att vårdpersonal ska kunna läsa och följa de insatser som är planerade under vårdtiden. Inom kommunal vård sker hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). De insatser som omsorgspersonal utför sker enligt Socialtjänstlagen (2001:453). Detta innebär i praktiken att dokumentation sker enligt olika lagrum och i olika delar i verksamhetens digitala system. Det kan därmed vara ett hinder för personcentrerad vård och en personcentrerad dokumentation, eftersom informationen riskerar att stanna inom respektive profession utifrån vilket lagrum de verkar i.

Enligt Socialtjänstlagen är det en biståndshandläggare som fattar beslut om de sociala insatser som ska utföras. Biståndshandläggaren skriver ett övergripande mål för insatsen. Ett exempel på hur detta kan formuleras i praktiken är:

Målsättningen med vård- och omsorgsboende för Vera är att skapa en trygghet och tillgodose hjälp och stöd i den personliga omvårdnaden och servicen samt ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Efter biståndshandläggarens beslut formar sedan omsorgsansvarig vårdpersonal, exempelvis en undersköterska, olika insatser som verkställs av omsorgspersonal. De insatser som är beslutade skrivs in i en genomförandeplan som beskriver hur besluten verkställs i ordinärt eller särskilt boende. Genomförandeplanen beskriver hur och vad vårdtagaren behöver stöd med att utföra för att en skälig levnadsnivå ska upprätthållas. För att insatserna ska bli personcentrerade behöver genomförandeplanen innehålla information om vårdtagarens önskan och vilja när det gäller insatsernas innehåll, hur de på bästa sätt kan utföras, och vad vårdtagaren behöver för att känna sig trygg med omsorgen. Ett exempel på hur detta kan se ut i praktiken beskrivs i följande utdrag från dokumentationen:

Vera vill vara så självständig som möjligt och ber inte ofta om hjälp, som personal får vi läsa av situationen och visa att vi gärna ger en hjälpande hand och att detta inte är något

slags besvär. Det är viktigt att Vera får gott om tid för momenten som ska utföras.

I genomförandeplanen finns även utrymmen för att beskriva personens levnadsberättelse. Levnadsberättelsen kan innehålla bakgrundsuppgifter kring exempelvis uppväxt, familj, yrke, intressen och andra avgörande delar som kan ha betydelse för personal som inför insatser eller kommunicerar med vårdtagaren.

För att underlätta en gemensam dokumentation för vård- och omsorgsgivare som lyder under olika lagar, det vill säga hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, finns Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913). Lagen möjliggör att, under vissa förutsättningar, göra personuppgifter tillgängliga och att vårdprofessioner som arbetar inom de olika lagrummen kan få ta del av varandras dokumentation genom ett elektroniskt system. Syftet är att förenkla kommunikationen mellan olika vårdgivare och att underlätta en samordnad individuell planering (SIP) för att tillsammans planera gemensamma vårdinsatser, det vill säga en gemensam plan. Planen ska utformas tillsammans med den person som det gäller och personens närstående. Personal inom primärvården eller den kommunala vården kan ta initiativ till en gemensam SIP där de insatser som ska utföras beskrivs. För att planen ska vara giltig ska den undertecknas av alla närvarande parter (se vidare kapitel 8).

Värt att tänka på

Inom palliativ vård och vid vård till personer med allvarliga sjukdomar är det centralt att uppmärksamma behov och främja värdighet och välbefinnande genom att ta hänsyn till personens unika hälsoutmaningar, önskemål, värderingar och sammanhang. En personcentrerad praktik förutsätter att vårdpersonal har kompetens att använda olika verktyg, exempelvis skattningsformulär och samtalskort, som kan underlätta för personer att sätta ord på sina hälsoutmaningar och prioriteringar. För att verktygen ska kunna användas optimalt är det viktigt att vårdpersonal får möjlighet att verka i en miljö som bidrar till personcentrering, exempelvis genom ledarskap och en kultur som stödjer personcentrering. På individnivå behöver vårdpersonal eftersträva personcentrerade processer med och för personer som är i behov av

lindrande vård. Detta innefattar sympatisk närvaro, holistisk syn på vårdandet och delat beslutsfattande. Ett holistiskt vårdande förutsätter att vårdpersonal har mod och färdighet att skapa äkta möten och samtal, även om känslomässiga och existentiella aspekter. Det är något som kräver erfarenhet och träning.

Att reflektera över

- Reflektera över vilket stöd du har och behöver för att kunna uppmärksamma de behov och de prioriteringar som personer med allvarlig sjukdom har.
- Använder ni i din verksamhet strukturerade underlag för samtal? Om inte, varför? Finns det hinder hos dig själv, hos dina kollegor eller i din verksamhet?
- När du har haft ett samtal om behov och prioriteringar med någon av de personer som du vårdar, i vilken omfattning dokumenterar du vad som framkom? Finns det hinder för att dokumentera det som samtalet innehöll? Hur stämmer du av med personen själv om vad som ska dokumenteras?

Referenser

- Beck, I., Olsson Möller, U., Malmström, M., Klarare, A., Samuelsson, H., Lundh Hagelin, C., Rasmussen, B., & Furst, C. J. (2017). Translation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale including cognitive interviewing with patients and staff. *BMC Palliative Care*, 16(49), 1–10.
- Beck, I., Rasmussen, B., Furst, C.-J., & Malmström, M. (2020). *Implementering av IPOS inom specialiserad palliativ vård: En studie om utbildares och vårdpersonals deltagande och uppfattningar*. Poster presenterad vid Nationella konferensen i palliativ vård, Sverige.
- Beck, I., Tornquist, K., Gruveback, A., Rasmussen, B. H., & Olsson Moller, U. (2023). Nurses' experiences of using the Integrated Palliative care Outcome Scale with patients in specialized palliative care-A qualitative focus group study. *Nursing Open*, 16(12), 7639–7649.
- Bullington, J., Söderlund, M., Bos Sparén, E., Kneck, Å., Omérov, P., & Cronqvist, A. (2019). Communication skills in nursing: A pheno-

- menologically-based communication training approach. *Nurse Education in Practice*, 39, 136–141.
- Eneslätt, M., Helgesson, G., & Tishelman, C. (2020). Exploring Community-Dwelling Older Adults' Considerations About Values and Preferences for Future End-of-Life Care: A Study from Sweden. *The Gerontologist*, 60(7), 1332–1342.
- Eneslätt, M., Helgesson, G., & Tishelman, C. (2021). Same, same, but different? A longitudinal, mixed-methods study of stability in values and preferences for future end-of-life care among community-dwelling, older adults. *BMC Palliative Care*, 20(1): 148.
- Etkind, S. N., Daveson, B. A., Kwok, W., Witt, J., Bausewein, C., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. (2015). Capture, Transfer, and Feedback of Patient-Centered Outcomes Data in Palliative Care Populations: Does It Make a Difference? A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 611–624.
- Homsí, J., Walsh, D., Rivera, N., Rybicki, L. A., Nelson, K. A., Legrand, S. B., Davis, M., Naughton, M., Gvozdzan, D., & Pham, H. (2006). Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Supportive Care in Cancer*, 14(5), 444–453.
- Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
- Högberg, C., Alvariza, A., & Beck, I. (2019). Patients' experiences of using the Integrated Palliative care Outcome Scale for a person-centered care: A qualitative study in the specialized palliativehome-care context. *Nursing Inquiry*, e12297.
- Høgsnes, L., Danielson, E., Norbergh, KG., & Melin-Johansson, C. (2016). Healthcare professionals' documentation in nursing homes when caring for patients with dementia in end of life – a retrospective records review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11–12), 1663 – 1673.
- Lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation* (SFS 2022:913). Socialdepartementet.
- Lankarani-Fard, A., Knapp, H., Lorenz, K.A., Golden, J.F., Taylor, A., Feld, J.E., Shugarman, L.R., Malloy, D., Menkin, E.S., & Asch, S.M. (2010). Feasibility of discussing end-of-life care goals with inpatients using a structured, conversational approach: the Go Wish Card Game. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(4), 637–643.
- Lind, S., Wallin, L., Furst, C. J., & Beck, I. (2019). The integrated palliative care outcome scale for patients with palliative care needs:

- Factors related to and experiences of the use in acute care settings. *Palliative and Support Care*, 1–8.
- Möller, U.O., Pranter, C., Hagelin, C.L., Beck, I., Malmström, M., Fürst, C.J., & Rasmussen, B.H. (2020). Using Cards to Facilitate Conversations About Wishes and Priorities of Patients in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 22(1), 33–39.
- Olsson Möller, U., Beck, I., Fürst, C.J., & Rasmussen, B. (2022). A Reduced Deck of Conversation Cards of Wishes and Priorities of Patients in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 24(3), 175–180.
- Patientdatalagen* (SFS 2008:355). Socialdepartementet.
- Raisio, H., Vartiainen, P., & Jekunen, A. (2015). Defining a Good Death: A deliberative democratic view. *Journal of Palliative Care*, 31(3), 158–165.
- RCC. (2023). *Nationellt vårdprogram palliativ vård*. Regionala cancercentrum i samverkan.
- Sjöberg, M., Edberg, A. K., Rasmussen, B. H., & Beck, I. (2021). Documentation of older people's end-of-life care in the context of specialised palliative care: a retrospective review of patient records. *BMC Palliative Care*, 20(1), 91.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården*, (HSLF-FS 2016:40). Socialstyrelsen.
- Socialtjänstlagen* (SFS 2001:453). Socialdepartementet.
- Sundström, M., Edberg, A.-K., Rämgård, M., & Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1474673.

Om författarna

Ingela Beck (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska med diplomering i palliativ omvårdnad, docent i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad samt Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet. Hon undervisar och bedriver forskning om personcentrerad vård, palliativ vård och att uppmärksamma och samtala om känslomässiga och existentiella behov. En viktig del i hennes undervisning och forskning är hur personcentrerad palliativ vård ”blir till” i praktiken.

Ann-Charlotte Karlsson är leg. sjuksköterska och specialistsjuksköterska med inriktning vård av äldre. Hon är verksamhetschef på ett särskilt boende för äldre personer i Upplands Väsby kommun där ett projekt om implementering av IPOS har pågått under 2024. Hon har ett starkt intresse för att utveckla och öka förståelsen för personcentrerad vård och palliativ vård samt att skapa mod hos medarbetare att våga samtala med äldre personer om känslomässiga och existentiella behov.

Arnhold Nilsson är leg. sjuksköterska och specialistsjuksköterska i onkologi. Hon arbetar sedan 2007 inom specialiserad palliativ hemsjukvård (ASIH) i Region Skåne och har varit med i implementeringen av IPOS på enheten och följt arbetet sedan start. Hon har stor erfarenhet av att arbeta med palliativ vård och personcentrerad vård.

Andriette Näslund är områdeschef och arbetade under arbetet med boken i Osby kommun, men är numera anställd i Kristianstads kommun. Andriette är leg. sjuksköterska och har arbetat under lång tid inom äldreomsorgen, främst med inriktning mot vård- och omsorgsboende och hälso- och sjukvård.

Ulrika Olsson Möller är leg. fysioterapeut och docent i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad samt senior FoUU-koordinator vid Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet. Ulrika bedriver forskning inom palliativ vård, bröstcancerrehabilitering, fysisk aktivitet och fallprevention för äldre personer. Hon handleder doktorander inom personcentrering vid Högskolan Kristianstad.

Christa Pranter är leg. sjuksköterska och specialistsjuksköterska i palliativ vård med diplomering i palliativ omvårdnad. Hon arbetar sedan 2011 inom specialiserad palliativ vård (ASIH) i Lund och har erfarenhet av att använda samtalskort och IPOS som underlag för samtal.

Marina Sjöberg är leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska inom onkologi med inriktning palliativ vård och universitetslektor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad. Hon är programområdesansvarig för specialistsjuksköterskeutbildningarna och undervisar bland annat om palliativ vård och om samtal på personcentrerad grund. Hon ingår i forskargruppen ComPerCe och bedriver forskning kring sjuksköterskestudenters samtalsträning.

11 Personcentrerat förbättringsarbete i praktiken

Ann-Christine Andersson, Albert Westergren & Christine E. Laustsen

Inledning

Förbättringskunskap syftar till att bidra till att förbättra kvaliteten och öka säkerheten i hälso- och sjukvården genom att överbrygga gapen mellan det vi vet (evidens) och det vi gör (praktik). Förbättringskunskapen gjorde sitt inträde i svensk hälso- och sjukvård i slutet av 1980-talet. Redan då introducerades begreppet mikrosystem, den minsta enheten där patienter och personal möts. Utvecklingen de senaste åren har gått ännu mer mot att se vården som en service som patienter och personal skapar tillsammans. För att uppnå ett aktivt värdeskapande samskapande behöver personcentring utgöra kärnan i all hälso- och sjukvård. Att förstå vad som är viktigt för patienten och hans närstående påverkar i hög grad vilka förbättringar som leder till mest nytta. Om allas erfarenheter och kunskaper beaktas ökar förutsättningarna för värdeskapande och hållbara förbättringsarbeten i praktiken. Kapitlet vänder sig till personer som ansvarar för och driver förbättringsarbete, samt personal inom vård och omsorg. Kapitlet kan även användas i utbildningar om förbättringsarbete.

Förbättringsarbete

Vikten av ett inkluderande förbättringsarbete har betonats alltmer över tid, och ett begrepp som används i förbättringskunskapen är ”samskapa”, som betonar vikten av balans i förhållandet mellan personer i behov av vård och professionella (Batalden m.fl., 2021). Det har skett en stegvis utveckling av förbättringskunskapen mot ett mer personcentrerat samskapande förhållningssätt (Lachman m.fl., 2023). När förbättringskunskapen introducerades i vård och omsorg handlade det mycket om att kvalitetssäkra, att besvara frågan hur vård och omsorg kunde bli bättre och säkrare på mikronivå. Nästa steg i utvecklingen

innebar ett ökat fokus på hur organisationer hänger ihop och förståelse av hur systemkunskap kunde bidra till förbättringar. Den tredje, pågående utvecklingen handlar om att utöka systemförståelsen till att omfatta alla som berörs. Ett helhetsperspektiv som inte bara innefattar verksamheterna och professionella utan även de personer som är i behov av vård och omsorg och deras närstående, vilket kan leda till ett mer personcentrerat och samskapande förhållningssätt. Det innebär samtidigt en utveckling mot att betrakta vård och omsorg som en service, vilket förutsätter samskapande för att åstadkomma bättre, säkrare, mer högkvalitativ vård och omsorg som leder till ökat värde för alla berörda (Batalden & Foster, 2021).

Svensk hälso- och sjukvård har en hög medicinsk standard. Samtidigt visar en rapport från Vårdanalys (2018) att patienterna¹⁰ och deras närstående inte är lika nöjda med hur delaktiga de tillåts vara. Rapporten visar att personernas erfarenheter skulle kunna tas tillvara mycket bättre. Detta kapitel beskriver hur ett personcentrerat samskapande förhållningssätt kan användas i förbättringsarbete för att åstadkomma ett mer personcentrerat förhållningssätt med förbättringskunskapens metoder och verktyg.

Vad är förbättringsarbete?

Förbättringskunskap och förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården syftar till att åstadkomma bättre och säkrare vård. Förbättringskunskapen kommer från (tillverknings-)industrins kvalitetsarbete. Vårdkvalitet är ett svårdefinierat begrepp; vad som anses vara god kvalitet varierar mellan verksamheter och organisationer, men även beroende på olika personers preferenser. Det förekommer även många

¹⁰ I detta kapitel används begreppet patient som samlingsnamn för personer med hälsoutmaningar oavsett kontext.

olika begrepp som ofta används synonymt. Det finns dock en väsentlig skillnad mellan förbättringsarbete och förändringsarbete. En förändring leder inte alltid till en förbättring, men för att åstadkomma en förbättring krävs (minst en) förändring. Det är även skillnad på förbättringskunskap, som är ett samlingsbegrepp för den kunskap som krävs för att arbeta med förbättringar. Förbättringsarbete är det praktiska genomförandet, tillämpandet av förbättringskunskapens olika metoder och verktyg. Begreppet förbättringsvetenskap används för den forskning som studerar förbättringsarbete. En definition som ofta används inom förbättringskunskap kommer från Batalden och Davidoff (2007), här i översättning av Sveriges kommuner och regioner (SKR):

Den kombinerade och oupphörliga ansträngningen av alla – hälso- och sjukvårdens professioner, patienterna och deras familjer, forskarna, finansiärerna, planerarna och lärarna – att genomföra de förändringar som leder till bättre resultat för patienterna (hälsa), bättre system och processer (vård) och bättre professionell utveckling (lärande). (Översättning Bergström & Andersson Gäre, 2007)

Definitionen visar tydligt på varför förbättringsarbete måste bedrivas utifrån ett samskapande personcentrerat sätt, då vikten av allas medverkan poängteras.

Förbättringskunskap bygger på den amerikanska statistikern W. Edwards Demings principer för kontinuerligt och hållbart kvalitetsarbete, som han kallade *Profound knowledge* och som i Sverige översattes till förbättringskunskap. De fyra principerna handlar om:

- systemförståelse
- att mäta förändring och förstå variation
- förändringspsykologi
- kunskapsteori och lärande.

Kunskap om system innebär att förstå hälso- och sjukvårdens organisationer som ett sammanhängande större system, med ”byggstenar” som är ömsesidigt beroende av varandra. Om det görs en förändring i en del påverkas alltid någon annan del av systemet, och därför är det viktigt att förstå vilka som kan påverkas för att det inte ska bli negativa följder

för vissa genom en förbättring för några. Kunskap om variation handlar om att förstå processer och lära av observationer och mätningar för att förbättra kvaliteten. Viss variation förekommer alltid i komplexa system, så det innebär inte att variation inte får förekomma, utan att kunna hantera situationer som uppstår i verksamhetens processer och styra utifrån dem. Kunskap om förändringspsykologi handlar om att förstå och kunna hantera människors beteende i en förändring, hur arbetsförhållanden påverkas och hur medarbetare kan engageras och motiveras i förbättringsarbetet, samtidigt som deras rädslor eller farhågor beaktas. Kunskapsteori innebär att lära av de förändringar som testas, och att tillämpa vetenskaplig kunskap och förbättringsmetoder. Både teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter är viktiga i förbättringsarbetet.

I mitten på 1980-talet bildades Institute for Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA, med syfte att skapa förutsättningar för bättre och säkrare vård genom att tillämpa förbättringskunskapens kunskapsdomäner, metoder och verktyg. Utifrån Demings fyra principer utvecklade IHI åtta domäner för förbättringsarbete:

- att förstå vårdens verksamheter som processer och system
- att mäta och förstå variation
- att fokusera på den verksamheten är till för (patienter, brukare)
- att följa, leda och förändra utifrån resultat
- att samverka och samarbeta
- att värna social kontext och samhällsansvar
- att utveckla ny praktiskt användbar (lokal) kunskap
- att ta tillvara olika professioners kunskaper.

Demings fyra principer och de åtta domänerna utgör grunden för förbättringsarbete. De utgör en helhet, vilket innebär att ett framgångsrikt och hållbart förbättringsarbete kräver att hänsyn tas till alla delarna, inklusive och tillsammans med de personer som vården är till för, genom ett personcentrerat samskapande förhållningssätt. Personer med egen erfarenhet av vården spelar en viktig roll i förbättringsteamet.

Vikten av systemförståelse

Hälso- och sjukvård betraktas ofta som komplexa system. Flera mänskliga faktorer bidrar till komplexiteten, såsom patienternas preferenser och erfarenheter, vårdpersonalens sammansättning och arbetsbelastning och kommunikation mellan olika yrkesgrupper och verksamheter. Ett personcentrerat förbättringsarbete måste innefatta en förståelse för att alla är delaktiga i systemet, vilket kan beskrivas utifrån mikrosystemteorin (Donaldson & Mohr, 2001).

Andra orsaker till komplexiteten är att hälso- och sjukvård bedrivs av många olika organisationer som är beroende av varandra genom att många patienter behöver vård av flera vårdgivare. Många olika aktörer är involverade, till exempel läkare, sjuksköterskor, administrativ personal, patienter och anhöriga. Dessa aktörer har olika roller, ansvar och perspektiv. Dessutom måste hänsyn tas till många variabler, till exempel personens hälsotillstånd, behandlingsmetoder, medicinsk teknik och evidens. Dessa variabler är dynamiska och förändras över tid. Hälso- och sjukvården regleras av olika lagar och riktlinjer samt har begränsningar i form av resurser och ekonomi, och det finns en teknisk komplexitet inkluderad i digitala system, elektroniska patientjournaler, medicinsk teknik och diagnostiska verktyg. Allt detta påverkar i hög grad vård- och omsorgsorganisationer och deras förutsättningar för samverkan sinsemellan och samskapande med personen och närstående.

Samskapande

Det finns många begrepp relaterade till att göra personen och närstående mer delaktiga (Masterson m.fl., 2022). Ett vedertaget begrepp på engelska är co-production, som kan översättas med samskapande. Andra perspektiv handlar om att ta gemensamma beslut (shared decision-making) eller att gemensamt designa hälso- och sjukvårdsservice (co-design eller experience-based co-design, EBCD). Delat beslutsfattande utgår framför allt från ökad delaktighet i beslut som rör den egna vården (Hedberg m.fl., 2022). Samskapande kan användas både i den egna vården och för att förbättra hälso- och sjukvården. EBCD är en metod för att gemensamt utveckla och förbättra vård och omsorg, se under metoder nedan.

Oavsett vilket eller vilka begrepp som används behöver såväl vårdgivare och personal som personer med hälsoutmaningar bli mer uppmärksamma och lyhörda för varandras roller, erfarenheter och kunskaper. Personcentrering i förbättringssammanhang innebär att erkänna och nyttja de olikheter i erfarenhet och kunskap som finns, liksom att respektera varandras ansvar. En litteraturstudie har kartlagt olika kunskapsdomäner som patienter bidrar med (Dumez & L'Espérance, 2024). De tre domänerna är:

- Jag-domänen, som innebär kunskap om att vara patient och hur min specifika situation och sjukdom uttrycker sig.
- Systemdomänen, som innehåller kunskaper och erfarenheter av hur vården fungerar och hur olika vårdssystem interagerar (eller inte) med varandra.
- Gemenskapsdomänen, som också är erfarenhetsbaserad. Genom interaktion med andra erhålls kunskaper om hur det är att leva med den specifika sjukdomen.

Samtliga dessa kunskapsområden kan bidra i ett personcentrerat samskapande förbättringsarbete, och bidra till hälso- och sjukvårdens paradigmskifte när det gäller synen på personer med hälsoutmaningar och deras roll.

Personcentrering i förbättringsarbete

Hälso- och sjukvården har länge arbetat med att förbättra vården utifrån ett organisatoriskt perspektiv. Detta har inneburit att vårdens personal och chefer tillsammans arbetat för att förbättra verksamheten. Tvärprofessionella grupper är viktiga för att de olika perspektiv och kunskaper som finns kommer till nytta och bidrar till att skapa möjliga och hållbara förbättringar i verksamheten. Dessutom behöver personer som är i behov av vårdens service ingå i förbättringsteamet. Personerna och deras närstående bidrar med andra viktiga perspektiv, som ytterligare berikar förbättringsarbetet.

Förbättringsarbetet bör vara inkluderande, deltagande och samarbetsinriktat (Manley, 2017). Personcentrering handlar om att utgå från personens behov, mål och förutsättningar, men även om ömsesidig respekt och förståelse. Det vill säga att personcentrering innebär ett

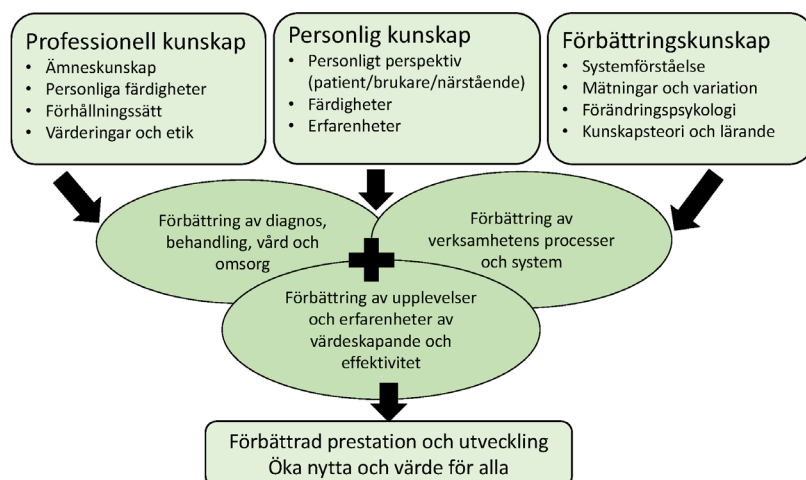
partnerskap mellan olika personer och att det därmed finns en relationell aspekt i det samskapande som sker i förbättringsarbetet. Mellanmänskliga färdigheter är av vikt för goda relationer och bygger på en god och effektiv kommunikation mellan olika parter. Att bygga goda relationer kräver självkännedom samt att vara öppen för andras perspektiv (Jacobs m.fl., 2017). Det är viktigt att tänka på att förbättringsarbete och personcentrering går hand i hand. Utan förbättringsarbete kan vi inte uppnå en personcentrerad vård, och utan personcentrering uppnår vi inte samskapade förbättringar för personerna i fråga.

Förbättringsarbeten syftar till att bidra till förbättringar och ökat värde för alla, men då krävs också att alla i teamen deltar på lika villkor. Det innebär till exempel att maktobalanser som ofta förekommer i hälso- och sjukvården måste tydliggöras och beaktas. Personalen i hälso- och sjukvården har ett övertag, mer makt, gentemot patienter och anhöriga. Det krävs därför att personalen är medvetna om och hanterar maktobalanser för att samskapande i förbättringsarbete ska kunna ske på lika villkor (Ärleskog m.fl., 2021). För att åstadkomma mer jämlika förhållanden är det inte minst viktigt att behandla patienter som personer och benämna dem vid namn, vilket är en av grunderna i personcentrerat förhållningssätt (Entwistle & Watt, 2013). Allt fler regioner och verksamheter startar olika grupper eller råd med person- och närstående-representanter. Dessa kan med fördel också delta i utvecklings- och förbättringsarbete (Andersson m.fl., 2023).

Att vidmakthålla nya arbetssätt är en utmaning. För att på bästa sätt åstadkomma hållbara förbättringar behövs både traditionell professionskunskap och förbättringskunskap. Genom utvecklingen mot ett samskapande personcentrerat förhållningssätt har även vikten av delaktighet förespråkats. Förbättringskunskapens kunskapsdomäner har därför utökats med personlig kunskap, se figur 1 (Gustavsson m.fl., 2022). Att involvera alla berörda ökar förutsättningarna att förbättringen blir hållbar över tid. En tydlig transparens, så att alla har möjlighet att följa arbetet, är också en främjande faktor. De som inte är direkt medverkande i förbättringsteamet kan ändå se och fråga vad som händer, såväl övrig personal som patienter och anhöriga. Ju tydligare

fördelarna och nyttan med förbättringen är, desto mer motiverar det till ytterligare förbättring och upprätthållande av uppnådda mål.

Figur 1. Kunskapsdomäner för förbättringar, fritt efter Gustavsson m.fl. (2022).



Ett exempel på ett samskapat förbättringsarbete är att öka tillgängligheten för personer med synnedsättning genom att förbättra vägen från sjukhusets huvudentré till ögonmottagningen (Manto, 2022). Förbättringsarbetet genomfördes i samskapande med representanter från Synskadades riksförbund, som ingick i förbättringsteamet tillsammans med personal från ögonmottagningen. Dessutom var sjukhusets fastighetsansvariga delaktiga för att genomföra de föreslagna förbättringarna, som att förbättra belysning och placering av skyltar och talande nummerlappssystem, inte enbart en display. Mätningar genomfördes före och efter att förbättringarna gjordes. Resultaten visade att de genomförda åtgärderna uppfattades som förbättringar av en majoritet av mottagningens besökare med synnedsättning (Manto, 2022).

Modeller och verktyg

Förbättringskunskapen använder sig av olika metoder och verktyg för att åstadkomma systematiska och hållbara förbättringar. Här beskrivs de vanligaste och hur de kan tillämpas i samskapande för att åstadkomma en mer personcentrerad verksamhet. När ett förbättringsarbete

startas upp måste alla inblandade känna sig delaktiga och bekväma med det som ska göras och åstadkommas. Det innebär att alla måste vara likvärdiga deltagare. Vårdpersonal har alltid ett övertag (mer makt) i förhållande till deltagande personer och närstående. Därför måste förbättringsarbetet ledas och genomföras på ett inkluderande sätt. Teamet behöver komma överens om hur arbetet fördelas och genomförs. Likaså bör jargong eller medicinskt språk undvikas för att alla ska känna sig delaktiga. Patienter och närstående som ingår i teamet måste ha lika stora möjligheter som de professionella. Det innebär ofta att det krävs utbildning i förbättringskunskap och de vanligaste metoderna och verktygen. Nedan beskrivs ett urval av förbättringsmetoder och verktyg som med fördel kan användas i personcentrerat samskapande förbättringsarbete.

Genombrottsmetodiken

Genombrottsmetodiken (SKR, se: genombrott.nu) är ett övergripande arbetssätt för att snabbare åstadkomma hållbara förbättringar i flera likartade verksamheter eller inom samma diagnosgrupp. Genombrottsmodellen är en form av kollaborativt lärande, som går ut på att team från olika verksamheter med samma typ av utmaningar träffas under en projekttid på 10–15 månader. Utöver de gemensamma träffarna arbetar teamen med förbättringar i den egna verksamheten med stöd av en coach som är kunnig i förbättringskunskap. Metoden utvecklades av Institute for Healthcare Improvement (IHI) och har bearbetats till svenska förhållanden av SKR. Genombrottsmetoden användes mycket tidigare, men har även fått en del kritik för att vara kostsam, samtidigt som det saknas enhällig evidens för att den leder till fler långsiktigt hållbara förbättringar (Knight m.fl., 2022).

Experience-based co-design

Experience-based co-design (EBCD) är en modell för samskapande av bättre vård- och omsorgsservice (Ramfelt m.fl., 2020). EBCD involverar både patienters, närståendes (i de fall det är aktuellt) och personalens erfarenheter. Framför allt är det patienternas upplevelser och uppfattningar som efterfrågas, med syftet att öka kunskapen om hur deras erfarenheter kan bli bättre i en liknande situation. EBCD anses vara en ganska omfattande metod, och kan lika gärna användas i forsknings-sammanhang som i förbättringsarbete; i projektledningen ingår ofta

forskare som är behjälpliga med att hantera och analysera materialet. Metoden består av flera steg, och inleds med intervjuer av berörda parter: patient, närstående och personal. Även chefer i ledningen för verksamheten kan med fördel ingå. Materialet sammanställs och utgör underlag för gemensamma co-designmöten där resultaten från intervjuerna diskuteras och förbättringsidéer som kan testas tas fram. Ofta bildas mindre förbättringsteam som arbetar praktiskt med de gemensamt beslutade idéerna med hjälp av förbättringsverktyg, till exempel PDSA-hjul, som beskrivs längre fram. Efter testerna görs ny datainsamling samt uppföljning av hur arbetet gått och om testerna resulterat i förbättringar för verksamheten. Projektet avslutas med ett gemensamt seminarium där lärdomar delas och dokumenteras (Bate & Robert, 2007).

SWOT och SOAR

Förbättringsarbeten inleds ofta med någon form av ”brainstorming”. Det finns flera olika hjälpmedel för att hantera de idéer som kommer fram, men SWOT-modellen är vanligt förekommande. SWOT står för styrkor (strengths), svagheter (weaknesses), möjligheter (opportunities) och hot (threats). De idéer och förslag som kommer fram i brainstormingen sorteras in i respektive kategori. En variant på SWOT är SOAR, som har ett mer framåtriktat perspektiv. SOAR står för styrkor (strengths), möjligheter (opportunities), ambitioner (aspirations) och resultat (results). De kan användas var för sig eller tillsammans, genom att först genomföra en SWOT och sedan gå vidare och ta med sig de styrkor och möjligheter som identifierats in i SOAR och fylla på med ambitioner och önskade resultat. Observera att en företeelse kan förekomma i fler än en kategori, till exempel kan några anse att förändringen är ett hot, medan andra anser att det kan vara en möjlighet. Det finns inga rätt eller fel och allas åsikter är lika viktiga. För att verkligen få fram alla perspektiv är det viktigt att inkludera alla berörda, även patienter och anhöriga.

A3 dokumentationsmall

A3 är en mall för dokumentation av ett pågående förbättringsarbete. Transparens är en viktig del, och en tydlig dokumentation underlättar att alla som är berörda av förbättringsarbetet kan vara delaktiga i olika omfattning. Det är viktigt med förankring i organisationen; information

och delaktighet är förutsättningar för att förbättringar blir hållbara. Därför finns även utrymme för signering, både av dem som genomför, det vill säga upprättar, och chefer som godkänner arbetet. A3-mallen placeras med fördel väl synlig på enheten och för alla som berörs, och kan då även fungera som underlag för dialog. A3 kallas så utifrån att det är en dokumentationsmall på en sida i A3-format. Mallen ger en översikt och struktur på förbättringsarbetet och hur det framskrider. Här samlas information om utgångsläge, möjliga orsaker och det problem som verksamheten vill förbättra. Likaså dokumenteras löpande de beslut som tagits, vilka tester som ska respektive har genomförts, samt resultat som framkommit, se figur 2.

Figur 2. Dokumentationsmallen A3

Avvikelse/ämne:		Enhet:		
Bakgrund och problemformulering		Framtida läge/mål		
Nuläge		Att göra (inkl. PDSA tester)		
		Vad?	Vem?	Avstämning/kart när?
		Resultat och lärdomar		
Grundorsak		Uppföljning		

Upprättad av:
Godkänd av:
Version och datum:

Ett annat enkelt sätt att dokumentera och visualisera pågående och genomförda förbättringsarbeten är att skriva på en whiteboard, som med fördel kan placeras där alla kan se den, till exempel i en korridor på en vårdavdelning eller i mottagningens väntrum. Verksamheter och dess ledning kan ibland tänka att det ger en bild av att verksamheten inte är så bra, men tvärtom förmedlar det positiva signaler att transparent visa på sina utmaningar och hur verksamheten arbetar för att förbättra sig. Inte minst patienter och närstående uppskattar att få ta del av verksamhetens förbättringsarbete, och kan på så sätt även bli mer delaktiga och ge förslag till ännu fler förbättringsidéer.

Fiskbensdiagram

Fiskbensdiagrammet har många olika namn, Ishikawadiagram efter dess upphovsman, japanen Kaoru Ishikawa, och orsak-verkandigram. Det är ett bra verktyg för att kartlägga orsaker till problemet eller utmaningen verksamheten står inför. Fiskbensdiagrammet kan utgå från 7M: Management, Människa, Metod, Mätning, Maskin, Material och Miljö, och kallas då 7M-diagram. För att komma fram till de gemensamma orsakerna till problemen behöver så många som möjligt delta i arbetet, även patienter och närstående för att få med deras perspektiv som bidrar till samskapande och personcentrerade förhållningssätt.

Värdekompassen

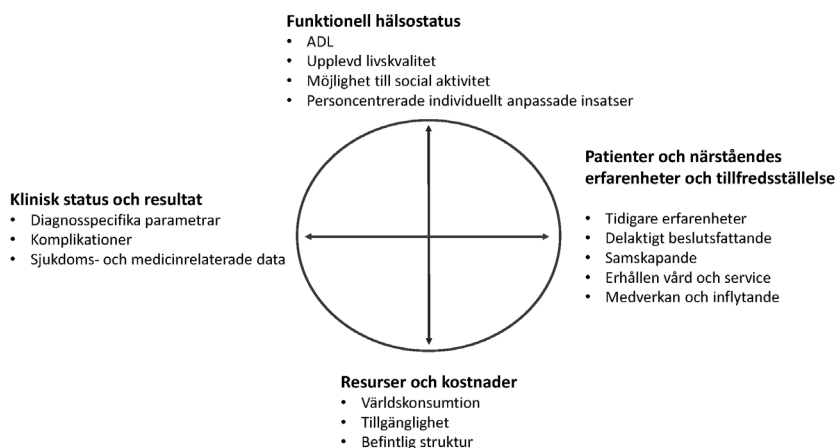
Värdekompassen är en modell för att utföra mätningar i olika perspektiv och för att hitta balanserade mått. De balanserade måtten syftar till att en förbättring inte ska göra att det blir bättre för några, samtidigt som det kan bli en försämring i en annan del av verksamheten eller för andra grupper och personer. Verksamheten utgår ofta från ekonomiska förutsättningar (resurser). Det är lätt att andra delar som är viktiga för personerna ”glöms bort” eller kommer i andra hand. För att skapa balans består därför värdekompassen av fyra perspektiv (se figur 3):

- Vad är viktigt för professionen? (väster)
- Vad är viktigt för personerna? (norr)
- Hur upplever personerna vården? (öster)
- Vilka är resurserna? (söder)

Det kan vara en stor utmaning att hitta passande mätningar i alla de fyra perspektiven, men modellen kan vara ett stöd i att åtminstone försöka. Modellen innehåller två perspektiv som riktar sig till patienterna, varför det är en fördel att patienterna ingår i förbättringsteamet och är med i att ta fram dessa mått. Det finns redan ett stort antal mätningar i vårdens verksamheter, och det är bra att använda sig av dem, om möjligt. Mätningar måste uppfattas vara till nytta och enkla att använda och tolka, och därmed lära sig av. Flera mätningar utöver det som redan görs lägger extra börda på personalen, vilket kan leda till en känsla av att förbättringsarbete bara tar mer tid. Ett annat sätt är att låta de

involverade personerna utföra mätningar, till exempel dela ut och samla in enkla frågeformulär till andra personer i ett väntrum. Andra användbara mätningar är patientrelaterade utfallsmått (Patient Reported Outcome Measures, PROM) och patientrapporterade erfarenhetsmått (Patient Reported Experience Measures, PREM), som numer återfinns i allt fler nationella kvalitetsregister (skr.se/kvalitetsregister).

Figur 3. Värdekompassen, fritt efter Nelson m.fl. (1996).



Målmodeller

För att uppnå förbättringar behövs gemensamma mål, och det finns flera olika modeller som kan användas som stöd för att formulera mål. Att förbättringsteamet består av olika deltagare, personal och patienter, ökar förutsättningarna för att målet sätts så att förbättringen ger nytta och skapar värde för alla. Mål behöver vara lagom utmanande, men samtidigt realistiska och möjliga att uppnå inom en rimlig tid. En av de vanligaste använda målmodellerna är SMARTA, som står för specifikt, mätbart, accepterat, realistisk/relevant, tidsbestämt och användbart. Målen är en hjälp att tydliggöra för alla berörda "hur mycket bättre" (mätning) det ska bli och när resultatet beräknas vara uppnått. Genom intervjuer kan även användbarheten fångas upp. Ett mål för att förbättra tillgängligheten för personer med synnedsättningar, som det tidigare exemplet, kan formuleras enligt SMARTA:

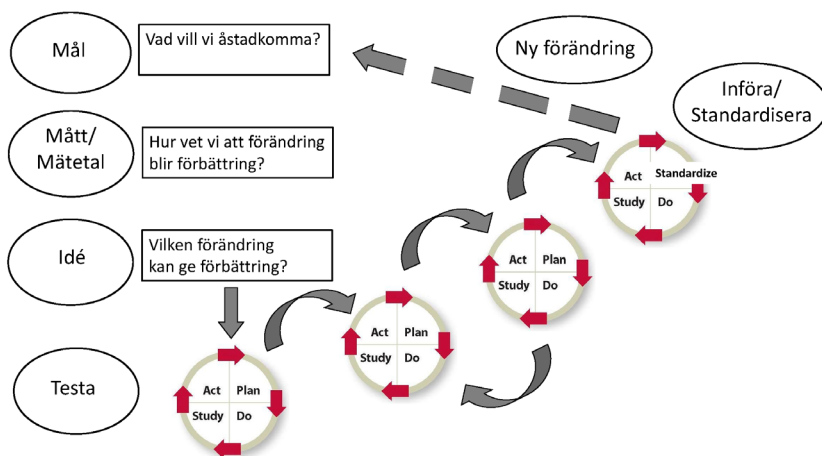
- Specifikt: Förbättra tillgängligheten för personer med synnedsättning.
- Mätbart: Personer med synnedsättning skattar sin uppfattning av tillgängligheten före och efter att förändringar genomförs. Personal i receptionen frågar patienter om hur svårt eller lätt det var att hitta till mottagningen utifrån en 10-gradig skala (VAS).
- Accepterat: All personal är införstådda och berörd personal genomför mätningar.
- Realistiskt/relevant: Enkla förbättringsåtgärder är genomförbara, kontakt med fastighetsansvariga är tagen.
- Tidsbestämt: För-mätning pågår under 3 veckor, därefter genomförs de förändringar som testgruppen (personer med synnedsättning och personal) kommit överens om, ny eftermätning sker i minst 5 veckor, med avstämning av resultat varje vecka i testgruppen.
- Användbart: Nyttan för personer med synnedsättning uppskattas vara stor då flera personer berättat om hur svårt det är att hitta till mottagningen.

Förbättringsmodellen och PDSA-hjulet/PGSA-hjulet

PDSA-hjulet är det vanligast använda verktyget i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbeten. PDSA, eller på svenska ibland PGSA, står för Planera, Göra (do), Studera och Agera. Förbättringsmodellen kan ses som en vidareutveckling av PDSA-hjulet. Modellen inleds med tre frågor: mål, mått och idéer, och i det sista hjulet tillkommer Standardisera (standardize), som ersätter Planera (se figur 4). Denna sista omgång kallas SDSA. Poängen med PDSA-hjulet är att testa förändringar i liten skala, en förändring åt gången, för att se om det blir en förbättring, innan den skalas upp och sprids till flera delar av verksamheten eller andra verksamheter.

Planerfasen innebär att idén som de tre frågorna lett fram till planeras mer i detalj: hur testerna genomförs, var, när och under hur lång tid, vad ska mätas och av vem/vilka. I *görafasen* genomförs testet enligt plan, mätningar samlas in och dokumenteras, och eventuella utmaningar eller hinder identifieras. *Studerafasen* innebär att mätningar och insamlade data analyseras och visualiseras för att i *agerafasen* kunna vara underlag för lärande och vidare utveckling av förbättringsarbetet.

Figur 4. Förbättringsmodellen och PDSA-SDSA-hjulet.



Det kan behövas flera varv med justeringar emellan för att komma fram till det bästa sättet, eftersom bara en idé eller förändring bör testas i taget. Annars är det svårt att veta vad som verkligen ledde till en förbättring. När gruppen har kommit fram till vad som är det bästa sättet att arbeta bör ytterligare ett varv göras, kallat SDSA, då det nya arbetssättet införs, standardiseras eller implementeras (se figur 4). Det införda arbetssättet blir den nya standarden i praktiken. Med standardisering innebär inte att det inte kan behövas förändringar igen längre fram. Då kan SDSA-mätningarna tjäna som baslinje inför en ny omgång i förbättringsmodellen.

Ett exempel på användning av PDSA i förbättringsarbete är studiecirklar som genomförts på Forskningsplattformen Hälsa i Samverkan på Högskolan Kristianstad. Studiecirkeln bygger på interaktivt sam-lärande, som också främjar aktivt deltagande. Studiecirklar som metod kan användas av alla, men studiecirkelmaterialet från Forskningsplatt-formen riktar sig till personal i kommunal verksamhet och bygger på tidigare forskning.

Studiecirkeln kan med utgångspunkt i befintlig kunskap i form av forskning, klinisk erfarenhet, och personer med hälsoutmaningar och närståendes feedback, syfta till att identifiera och hantera problem, det vill säga att gå från kunskap till handlingar som avser att leda till förbättringar. I samverkan med kommuner har studiecirklar utvecklats

med syfte att underlätta nyttiggörandet av forskningsresultat och ökad användbarhet i kommunerna. Studiecirkarna erbjuder en tydlig struktur (bland annat PDSA) för hur förbättringsarbete inom olika ämnesområden, såsom existentiell ensamhet och sömn, kan genomföras. Deltagare i en studiecirkel får insikter om den nyaste forskningen inom ett område genom korta inspelade föreläsningar, och får en introduktion i och verktyg för förbättringsarbete som kan användas i den egna verksamheten. I studiecirkeln diskuteras och planeras för det förbättringsarbete som deltagarna vill genomföra och målen för detta. Varje deltagare medverkar till att genomföra och sprida förbättringen i den egna verksamheten. Inom ramen för studiecirkeln utvärderas förbättringsarbetet, och därefter antingen avslutas deltagarnas arbete, eller planeras vidare för att skala upp och sprida goda resultat.

Mätningar

Det genomförs mycket mätningar och datainsamling i verksamheterna, och ibland undrar många om det verkligen är nödvändigt att mäta allt. Ofta utgår mätningar från kvantitativa data, processer eller kliniska resultatmått, vilket innebär en låg grad av patientdelaktighet i framtagande av relevanta mått. I förbättringsarbete syftar mätningarna främst till att verksamheten själv kan utvecklas och förändras till det bättre. Detta innebär att alla i verksamheten, inklusive patienter och närstående, behöver både bidra med idéer kring relevanta mätningar och ha enkel tillgång till resultatet av mätningarna, något som kallas visualisering.

Mätningar i det lokala förbättringsarbetet syftar i första hand till att ta reda på om en förändring blir en förbättring. Därför måste de data som samlas in analyseras och användas i den dagliga styrningen av verksamheten. Data i personcentrerat förbättringsarbete består av såväl kvantitativa mått som kvalitativa utsagor och observationer. Förståelse för variationer i verksamheterna bidrar också till en mer jämlik och personcentrerad vård. En förbättring i en del av verksamheten ska inte medföra en försämring i andra delar, varken för patienter eller personal. Här kan värdekompassen (se figur 3) vara till nytta för att beakta olika perspektiv. Mätningar delas ofta in i tre domäner: strukturmått, processmått och resultatmått (jämför kvalitetsregistrens struktur).

Strukturmått handlar om förutsättningar och resurser såsom lokaler, utrustning och personal; alla påverkas ju av vilka resurser en verksamhet har, till exempel hur långt det är till närmaste hälsocentral. *Processmått*en speglar verksamhetens aktiviteter, till exempel tillgänglighet och behandlingar eller patientmöten, inte minst viktigt ur ett personcentrerat perspektiv. Processer är ofta förutbestämda ”mallar” för olika diagnosgrupper, och det är därför en utmaning att skapa och mäta personcentrerade processer. *Resultatmått*en mäter utfall, ofta ur ett kliniskt verksamhetsperspektiv. Vanligtvis kommer ekonomi och finansiella mått högt upp, men kliniska mått som antal genomförda operationer eller antal vård dygn (som ju påverkar ekonomin) är frekventa. Det börjar ändå bli alltmer vanligt att mäta resultat i form av personrelaterade utfallsmått, som livskvalitet och nöjdhet. För att driva framgångsrika hållbara förbättringsarbeten krävs en balans mellan process- och resultatmått, och att de även fokuserar på sådant som är viktigt för personerna i verksamheten. Genom att identifiera och utveckla relevanta processmått skapas möjligheter att bedriva strategiska förbättringar och engagera medarbetare och patienter i förbättringsarbetet.

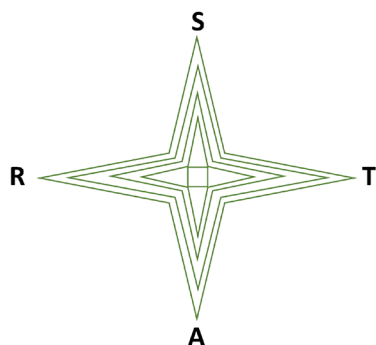
När det gäller mätning kopplat till personcentrerad vård ställs det krav på att mätningar ska kunna jämföras mellan verksamheter och inom en och samma verksamhet över tid. Genom att använda sig av värdekompassen ökar förutsättningarna för att även mått som är av betydelse för patienter och närstående tas i beaktande. I den bästa av världar är mätningar grundade i vad personerna själva anser vara av vikt/ betydelsefullt. Det vill säga att mätningarna är framtagna utifrån ett personcentrerat perspektiv. Således är personcentrerad mätning en omfattande process, från framtagning av frågor till utveckling av instrument och vidare till utvärdering av huruvida mätningen uppfyller kriterierna, till att i slutändan även, i bästa fall, få så säkra mått som möjligt. I de flesta fall får vi nöja oss med mått i form av checklistor och utvärderingar utifrån enskilda frågor, som kanske kan presenteras i antal/procentuellt och som ökning/minskning av någonting. Ofta är detta fullgott i utvärdering av förbättringsarbete. Det viktigaste är att verksamheten kan avgöra om förändringar blir förbättringar över tid, och att lära av och agera på de resultat som visas.

Verktyg för teamarbete och samskapande

Förbättringar kan inte åstadkommas av en person eller enbart av chefen. Förbättringsteamet, som bör bestå av olika professioner och inkludera personer som representerar vårdtagarna, är den operativa delen av förbättringsarbetet. Men alla som berörs av en förändring måste vara medvetna och delaktiga i olika grad. Detta uppnås genom att förbättringsarbetet inleds med en intressentanalys och att en kommunikationsplan utarbetas.

Ett verktyg för att utveckla teamet, speciellt om samarbetet inte fungerar optimalt, är STAR. STAR-modellen ser ut som en stjärna med fyra ben, därav namnet (se figur 5). Varje ben har olika nivåer som motsvarar hur väl benets intention fungerar för den enskilda personen. S står för sammansättning, vilket handlar om hur olika eller nära teamets deltagare är. Deltagarna skattar huruvida gruppen består av olika och rätt professioner och hur väl de respekterar varandra. T står för tala, och innefattar både tala och lyssna. Teammedlemmarna skattar om det förs en dialog i teamet: kommer alla till tals eller är det någon/några som är mer dominanta? I agera- eller handla-delen skattas hur väl teamet arbetar tillsammans och testat och genomfört sina idéer och förbättringsförslag. Till sist skattas hur relevant eller rimligt teammedlemmarna anser att det är att jobba tillsammans, att alla har gemensamma förbättringsmål och att alla strävar mot att uppnå dem.

Figur 5. Relationsstjärnan STAR.



Ju nöjdare teammedlemmarna är med det som mäts i respektive ben, desto mer fylls i. Om till exempel en teammedlem anser att inte alla

kommer till tals eller blir lyssnade till fylls T-benet i stjärnan i mindre, medan om samma person är nöjd så fylls hela benet i. Stjärnan kan användas vid enstaka tillfällen eller efter varje teamträff som en form av utvärdering av teamets arbete, det vill säga att teammedlemmarna fyller i en stjärna var och sedan jämförs resultatet. Teamet behöver arbeta med de ben som har stora skillnader för att fungera optimalt. Genomförandet kan ske öppet eller anonymt beroende på hur teamet fungerar. I ett nybildat team som inte känner varandra så väl eller där några patienter och närstående deltar, kan det vara en fördel med anonyma stjärnor för att få sanna resultat.

Hållbart förbättringsarbete

Hållbarheten av förbättringsarbetet påverkas och är beroende av den kontext som förbättringsarbetet utförs i. Kontextuella faktorer på mikronivå kan vara den fysiska och sociala omgivning som den specifika enheten befinner sig i. I ett meso-perspektiv kan kontextuella faktorer utgöras av beroenden till andra enheter inom samma verksamhetsområde, och på makronivå kan kontexten påverkas av politiska beslut och regelverk. Kontextuella faktorer påverkas av kulturen på enheten och i organisationen. Verksamhetens kultur kan beskrivas i form av exempelvis värdegrund, attityder, normer och ideologier, men även historien påverkar. Det är viktigt att tänka på att kontextuella faktorer i vissa fall kan möjliggöra ett förändringsarbete och i andra fall vara hindrande. Det finns alltid en relation och påverkan mellan ett pågående förändringsarbete och den kontext som finns. För att åstadkomma hållbara förbättringar måste de tillföra värde, inte bara till verksamheten, utan i ännu högre grad för samhället. Därför utgör ett personcentrerat förhållningssätt grunden för hållbara förbättringar. Ju mer inkluderande förbättringsarbetet är, desto större blir möjligheterna att få till hållbara förändringar som skapar värde för alla.

Persondrivet förbättringsarbete

Allt fler verksamheter har insett att alla som är berörda av en förändring måste vara delaktiga för att det ska bli en förbättring för alla. Patienter och närstående har länge varit en underutnyttjad resurs i förbättringsarbete (Andersson m.fl., 2023), men vikten av att tillvarata personernas

kunskaper och erfarenheter lyfts av allt fler. De senaste åren har det kommit ny kunskap i form av studier som både genomförts av och visar på vikten av personernas eget intresse av att förbättra både sin egen vård och systemet eller processen.

Värt att tänka på

Förbättringar syftar till att åstadkomma bättre vård och omsorg för alla, inte bara personer med hälsoutmaningar och deras närstående, utan även bättre arbetsvillkor för personal och bättre fungerande system och organisationer. För att uppnå detta måste såklart alla berörda parter vara delaktiga. Att bedriva förbättringsarbete helt ur professionernas och organisationernas perspektiv, utan att beakta patienters och närståendes kunskaper och erfarenheter, kommer inte leda till hållbara förbättringar som kan svara upp mot de utmaningar vård och omsorg står inför. Patienter och närstående bör uppmuntras än mer att medverka både i den egna vården och i förbättringsarbeten på lokal eller organisatorisk nivå.

Samtidigt kan personalens attityder vara den största utmaningen. De kan vara vana vid att vara ”experter”, och det kan finnas maktförhållanden som behöver medvetandegöras. Det finns också ganska lite evidens kring vad medverkan av personer med egen erfarenhet innebär i förbättringsarbeten, hur det kan genomföras i praktiken, eller vilka faktiska resultat detta leder till. Det är därför en utmaning för hälso- och sjukvården att utforma och tillämpa olika modeller för personcentrerad samskapad medverkan i förbättringsarbeten i syfte att såväl förbättra enskilda personers och patientgruppers erfarenheter av vård, som att främja befolkningens hälsa och välbefinnande, och samtidigt uppnå en god kvalitet. Utifrån förbättringsarbeten som drivs med ett personcentrerat fokus ökar möjligheterna att framtidens hälso- och sjukvård verkligen är värdeskapande, tillgänglig och hållbar.

Att reflektera över

- Hur kan ett personcentrerat förhållningssätt ta sig uttryck i ett förbättringsarbete?
- Om du har deltagit i ett förbättringsarbete, fanns det andra personer än personal med i teamet?

- Om inte: varför tror du att det inte fanns det?
- Vad hade behövts för att kunna samskapa förbättringsarbetet?
- Vad kan vara orsaker till att personer med andra erfarenheter, patienter och närstående, inte i högre grad är delaktiga i förbättringsarbeten?

Referenser

- Andersson, A-C., Holmgren, M., Thoren Todoulos, E., & Wihl, J. (17 november 2023). Patientmedverkan är en underutnyttjad resurs. *Dagens Medicin*.
- Batalden, P., Ovalle, A., Foster, T., & Elwyn, G. (2021). Science-Informed Practice: An Essential Epistemologic Contributor to Healthcare Coproduction. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(S2), ii4–ii5.
- Batalden, P., & Foster, T. (2021). From assurance to coproduction: a century of improving the quality of health-care service. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(S2), ii10–ii14.
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16, 2–3.
- Bate, P., & Robert, G. (2007). *Bringing user experience to healthcare improvement: The concepts, methods and practices of experience-based design*. Radcliffe Publishing.
- Donaldson, M. S., & Mohr, J. J. (2001). *Exploring Innovation and Quality Improvement in Health Care Micro-Systems: A Cross-Case Analysis: A Technical Report for the Institute of Medicine Committee on the Quality of Health Care in America*. Washington, D.C.: Institute of Medicine.
- Dumez, V., & L’Espérance, A. (2024). Beyond experiential knowledge: a classification of patient knowledge. *Social Theory & Health*, online June 24.
- Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8), 29–39.
- Gustavsson, S., Bergerum, C., Patriksson, A., & Tedsjö, S. (2022). Illuminating the importance of adding patient knowledge to continual improvement in healthcare. *Integrated Health Journal*, 4:e000114.

- Hedberg, B., Wijk, H., Andersson Gäre, B., & Petersson, C (2022). Shared decision making and person-centred care in Sweden – Exploring coproduction of health and social care services. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 171, 129-134.
- Jacobs, G., van Liesshout, F., Borg, M., & Ness, O. (2017). Being a Person-centred researcher: Principles and methods for doing research in a person-centred way. I B. McCormack, B. S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl, & T. Eide (red.), *Person-centred healthcare research*. Wiley Blackwell.
- Knight, A. W., Tam, C. W. M., Dennis, S., Fraser, J., & Pond, D. (2022). The role of quality improvement collaboratives in general practice: a qualitative systematic review. *BMJ Open Quality*, 11(2): e001800.
- Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K. (2023). A multi-dimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health [version 3; peer review: 2 approved 1 approved with reservations]. *F1000Research*, 9:1140. eCollection 2020.
- Manley, K. (2017). An overview of practice development. I B. McCormack, & T. McCance (red.), *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2 uppl.). Wiley Blackwell.
- Manto, M. (2022). Jämlik ögonsjukvård genom co-production. Förbättringsarbete i samarbete med Synskadades Riksförbund med fokus på tillgänglighet och bemötande, samt en intervjustudie om personalens erfarenhet av co-production. [Mastersuppsats från Hälsohögskolan, Jönköping University]. Jönköping: Jönköping University.
- Masterson, D., Areskoug Josefsson, K., Robert, G., Nylander, E., & Kjellström, S. (2022). Mapping definitions of co-production and co-design in health and social care: A systematic scoping review providing lessons for the future. *Health Expectations*, 25(3), 902–913.
- Ramfelt, K., Petersson, C., & Åkesson, K. (2020). Experiences From a Coaching Program for Parents of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes Developed Through Experienced-Based Co-Design (EBCD). *Journal of Patient Experience*. 7(6), 1181–1188.
- Vårdanalys. (2018). *Från mottagare till medskapare: Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. Rapport 2018:8. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Ärleskog, C., Vackerberg, N., & Andersson, A.-C. (2021). Balancing power in co-production: introducing a reflection model. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8:108.

Om författarna

Ann-Christine Andersson (kapitelredaktör) är barnsjuksköterska och docent i kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd vid Hälsohögskolan, Jönköping University, samt docent i omvårdnad vid Malmö universitet. Hennes forskning utgår från förbättringsvetenskap och kvalitetsförbättringar inom flera olika områden såsom samskapande, patientsäkerhet och hållbar vård och omsorg, och hon handleder flera doktorander inom området kvalitetsförbättringar och förbättringsvetenskap.

Albert Westergren (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad samt hälso- och sjukvårdsstrateg i Region Skåne. Hans forskning fokuserar på svårigheter att äta, nutrition och neurologi. Han arbetar även med metoder för utvärdering och utveckling av instrument/ skattningssskalor baserat på klassisk och modern testteori. Han har arbetat med förbättringsarbete bland annat genom "Aktionsorienterade Studiecirklar (AOSC)" inom kommunal vård och omsorg samt genom "Datorbaserad Utbildning om Näring och Ätande (DUNÄT)".

Christine Etzerodt Laustsen är leg. arbetsterapeut och universitetslektor i hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes forskningsområde omfattar personalens involvering i forskning och samverkan mellan vård- och omsorgspersonal och forskare samt förvaltningsövergripande samverkan ur ett personcentrerat perspektiv. Hon är även forskare i projektet ComPerCe som handlar om personcentrerad kommunikation.

Del III

Personcentrerad utbildning

the 1990s, the incidence of *S. flexneri* has increased in the United Kingdom [10]. In the United States, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [11]. In the United Kingdom, *S. flexneri* has been reported as the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

There is a paucity of data on the epidemiology of *S. flexneri* in the United Kingdom. In the 1980s, *S. flexneri* was the most common serotype in children with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [12]. In the 1990s, *S. flexneri* was the most common serotype in children with acute bacterial dysentery in the United Kingdom [13].

The aim of this study was to determine the prevalence of *S. flexneri* in children with acute bacterial dysentery in the United Kingdom. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

Methods

Study area

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12]. The study was conducted in the United Kingdom, where *S. flexneri* is the most common serotype in children with acute bacterial dysentery [12].

12 Normkritiska perspektiv i högre utbildning

Tide Garnow, Lisa Axelsson, Ingela Beck, Eva-Lena Einberg, Lena Ottosson, Cássandra Winther & Sophia Yakhlef

Inledning

Inom hälso- och sjukvården har paternalistiska strukturer successivt kommit att ersättas med mer personcentrerade förhållningssätt, och utvecklingen inom den högre utbildningen¹¹ genomgår en liknande transformation. Den traditionella bilden av undervisning där lärare agerar ”givare av kunskap” och studenter ses som ”passiva mottagare” har alltmer kommit att ifrågasättas, och numera riktas fokus mot studenterna som aktiva deltagare i sitt eget lärande. Detta fokusskifte mot en mer studentcentrerad undervisning har i sin tur ökat förståelsen för olikhet, normer och maktrelationer. För att medvetandegöra och motverka negativa maktstrukturer och därigenom skapa en mer inkluderande och rättvis undervisningsmiljö kan normkritiska perspektiv användas. Med hjälp av normkritiska perspektiv explicit i utbildningen utvecklar dessutom studenterna verktyg att påverka begränsande normer i sitt kommande yrkesliv. Detta kapitel fokuserar på hur normkritiska perspektiv – genom normmedvetenhet, normkritik och normkreativitet – kan förstås och framför allt praktiskt användas för att göra undervisning i högre utbildning mindre exkluderande och mer personcentrerad. Kapitlet vänder sig primärt till personer som undervisar inom högre utbildning.

¹¹ Med högre utbildning avses utbildning vid högskola och universitet.

En högre utbildning för alla?

På senare år har den akademiska arenan förändrats avsevärt. Från att ha varit ett slutet rum för de privilegierade är det numera tillgängligt för en allt större del av befolkningen. Högskolor och universitet förväntas arbeta för att öka möjligheten för studenter att fullfölja sin utbildning. Dessutom ska lärosäten, enligt Diskrimineringslagen (2008), motverka diskriminering och främja lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. I lärosätenas uppdrag ingår dessutom att vidga målgruppen när det gäller dessa olika aspekter (Anderson m.fl., 2018). Den högre utbildningen förväntas således vara tillgänglig för "alla". Det finns dock utrymme för förbättringar gällande tillgänglighet, inkludering och representation. För att belysa och utmana exkluderande och begränsande maktstrukturer kan normkritik användas som verktyg.

Normkritik och normkritisk pedagogik

Normkritik som begrepp har genererat en mängd olika tolkningar och förståelser. I takt med att begreppet har blivit alltmer populärt har även kritiken mot det vuxit. Under senare år har åsikter framförts om att normkritik har blivit en ny norm i sig, något som inte får ifrågasättas och att det handlar om att tänka "rätt" eller "fel". Emellertid betonas inom normkritisk pedagogik, i linje med Freire (1976) och den kritiska pedagogiken, att pedagogen ständigt bör vara i en process av utforskande och förändring. Det centrala inom normkritisk pedagogik är inte att få människor att tänka och agera "rätt", utan snarare att främja en reflekterande och föränderlig process (Björkman m.fl., 2021).

Normkritisk pedagogik utgår från en intersektionell ansats med influenser från genuspedagogik, feministisk pedagogik, queerpedagogik och kritisk pedagogik. Intersektionalitet syftar till att synliggöra att sociala kategorier samspelar och hur dessa påverkar maktrelationer människor sinsemellan (Garnow, 2021). En människa identifieras och identifierar sig sällan utifrån endast en identitetskategori, exempelvis "kvinna", utan med olika identitetskategorier samtidigt, såsom "kvinna", "vit", "medelklass" och så vidare, och dessa identitetskategorier påverkar hennes maktposition på olika sätt i olika sammanhang.

Med hjälp av intersektionalitet uppmärksammas ojämlika maktbalanser ofta med fokus på kön, klass, etnicitet, ålder och funktionalitet. Syftet med ett intersektionellt perspektiv i undervisning och pedagogik är att synliggöra maktrelationer, exkluderande normer och olikheter. I stället för att se studenter som en homogen grupp läggs fokuset på konsekvenser av olikheter och att på ett kritiskt sätt uppmärksamma rådande negativa maktstrukturer och normer.

Normkritik kan användas för att skapa förutsättningar att främja lika rättigheter. Inom högskole- och universitetskontexten utgör normkritik ett verktyg för att uppnå en mer jämlik och rättvis utbildning. Begränsande samhälleliga normer behöver synliggöras i mötet mellan lärare och studenter, men också mellan kollegor sinsemellan och mellan studenter och de personer de möter under verksamhetsförlagd utbildning och i den kommande yrkesrollen. Om vi blundar för de normer och strukturer som omger oss och som vi är del i att reproducera, riskerar vi att inte se hela människan i dem vi möter. Detta resonemang återspeglas även i McCormack och McCances (2021) modell för personcentrerad vård, vilken beskriver makrokontexten och sjuksköterskans värderingar som förutsättningar för personcentrerade processer. En förutsättning för att vara personcentrerad innebär således att utveckla en förståelse för hur normer och maktstrukturer påverkar i mötet med ”den andra”. Normkritiska perspektiv uppmuntrar lärare och studenter att hitta konstruktiva sätt att hantera exkludering och att uppmärksamma underliggande normer som kan ha en negativ påverkan i utbildningen, och även i samhället i stort.

Att skapa normmedvetenhet inom utbildningen

Varje arbetsplats, akademi och disciplin har en unik gruppdyamik, med etablerade normer och regler för hur arbetet ska utföras och hur deltagarna förväntas bete sig (Yakhlef, 2018). Utbildningar har en särskild roll i detta, då de formar studenternas professionella identitet och etablerar normer och värderingar som anses lämpliga inom det specifika yrkesområdet. Ofta är dessa normer outtalade, och de kan därför behöva uppmärksammas med avsikt att åstadkomma en normmedvetenhet. Det som medvetandegörs kan vara maktdimensioner kopplade till vithetsnormer, normer kring svenskhet, medelklassnorm, heteronormativitet och kroppsfunktionalitet som norm.

I en svensk studie med fokus på normskapande inom sjuksköterskeutbildning belyses hur konstruktionen av normer och normalitet kan påverka studenternas framtida yrkesroller och auktoritet kring vad som anses " normalt", hälsosamt, patologiskt eller klandervärt (Tengelin m.fl., 2020). Studien visar att sjuksköterskestudenterna associerade yrkesrollen med normativa föreställningar som "humanist", "kristen", "respektfullhet" och "jämlighet". Sjuksköterskor beskrevs även som glada, hjälpsamma, snälla, omhändertagande och fördomsfria. Denna normativa bild krockade ibland med studenternas egna identiteter eftersom de såg sig själva som normbrytare och avståndstagande från "normativt kvinnliga egenskaper". Sjuksköterskor har dessutom en betydande roll i skapandet av vad som anses vara " normalt" och hälsosamt i fråga om människors levnadssätt. Studien visar därför hur viktigt det är att frågor om normer, förväntningar och normalitet tas upp och problematiseras under utbildningen.

På liknande sätt kan hävdas att rollen som lärare associeras med vissa specifika egenskaper, som att vara omhändertagande, empatisk, guidande och vägledande (O'Connor, 2008). Ibland kan dessa värderingar och förväntningar krocka med lärares upplevelser av undervisning och motstridiga krav på att utföra kontroll och disciplin och samtidigt möta studenters behov av medkänsla, omtanke och guidning (Yakhlef & Basic, 2023). När det kommer till interaktionen mellan lärare och studenter är det dessutom viktigt att uppmärksamma maktdimensioner, det sociala samspelet och existerande normer inom undervisningssituationer. Lärare ska skapa möjligheter för progression och kunskapsutveckling oavsett studenternas bakgrunder och förutsättningar. Detta ställer krav på förmågan att reflektera och kritiskt granska egna fördomar, tidigare kunskap, arbetsmetoder och lärarskap.

En normkritisk och normkreativ undervisningspraktik

Att inom utbildning förhålla sig normkritisk innebär att aktivt förhålla sig kritisk till de normer som präglar undervisningen och synen på kunskap och lärande, och att utmana dessa exkluderande normer och negativa maktstrukturer genom att göra annorlunda – vara normkreativ (Garnow, 2021). Denna process kan vara utmanande och väcka obekväma frågor, men är nödvändig för att skapa en mer inkluderande och rättvis undervisningsmiljö (Bromseth & Sörensdotter, 2014). För

lärare inom den högre utbildningen innebär ofta det första steget i denna process att uppmärksamma sina egna normativa föreställningar gällande exempelvis kursmaterial och studenternas identitetskategorier.

Genom att förhålla sig normkritisk kan vissa kategorier av exkludering och integrering synliggöras, men samtidigt kan andra förbli dolda. Ett sätt att mer djupgående kritiskt granska de egna föreställningarna kan vara att tillsammans med kollegor lyfta fram och utmana normativa föreställningar och förväntningar. Det kan handla om att reflektera över hur egna uppfattningar om funktionalitet, kön, ålder, etnicitet, religiositet och klass påverkar det egna engagemanget i studenters lärande eller bedömningen av deras prestationer. Frågor att ställa sig kan vara: Vilka studenter ser vi som "motiverade" eller "lättlärda"? Vilka förväntningar har vi på olika typer av studenter? Hur bemöter vi studenter som inte passar in i vår "norm" för en så kallad "drömstudent"? Genom att synliggöra och utmana normativa föreställningar möjliggörs en mer inkluderande och jämlik undervisningsmiljö för alla studenter.

Ett ytterligare sätt att arbeta normkritiskt är att se över kursmaterial. Vid genomgång av litteraturlistor konstateras ofta att enbart en viss grupps erfarenheter och perspektiv är representerade, medan andra är marginaliserade (Spivak, 1987), eller till och med helt osynliggjorda. Litteraturen kan dock vara utmanande att byta ut helt och hållet, av diverse skäl, men genom att placera den i ett historiskt och socio-kulturellt sammanhang kan kritiska diskussioner föras, och andra perspektiv tillåtas ta plats. Det kan även innebära att utmana traditionella sätt att läsa och tolka texter och att studenterna uppmuntras att reflektera över maktstrukturer, normer och representation. Detta kan beskrivas som en strategi att utveckla "queer läskunnighet" (Kalonaityté, 2014), det vill säga att "träna upp" förmågan att läsa med normkritiska glasögon.

För att skapa en inkluderande och öppen undervisningsmiljö bör det finnas utrymme för studenter att reflektera, ifrågasätta och omvärdera sina tankar och idéer. Lärare bör sträva efter att uppnå en undervisningston som är "undersökande" i stället för "redovisande" (Kalonaityté, 2014). Genom att närma sig olika fenomen fenomenologiskt kan en medvetenhet skapas om att fenomen kan upplevas på olika sätt bero-

ende på social position, legitimitet, tillgång och tolkningsföreträde (Kalonaityté, 2014). Den undersökande undervisningstenen kan även innebära att skapa uppgifter med en upplevelsebaserad ansats, där problemlösning, grupparbete och kritiskt tänkande står i fokus (Bromseth & Sörensdotter, 2014). Genom detta tillvägagångssätt kan studenterna aktivt bidra till kunskapsskapandet tillsammans med läraren.

Vad som också kan ha positiva effekter på dynamik och maktobalans mellan lärare och studenter är att vara mer personlig i sin lärarroll genom att dela med sig av egna erfarenheter och livsberättelser. Genom att lära känna läraren som en "person" kan studenterna lättare relatera till den och känna sig mer bekväma i undervisningssituationen. Dessutom kan personliga berättelser och livsberättelser bidra till en mer normkritisk ansats i undervisningen. Genom att synliggöra olika bakgrunder och erfarenheter kan läraren inspirera studenter att se att akademien är öppen för "alla", oavsett ursprung eller livssituation.

Det kan också vara avgörande att ta vara på studenternas olika erfarenheter och utgångspunkter i diskussioner och uppgifter (Lykke, 2013). Genom att reflektera med hjälp av egna erfarenheter kan studenterna skapa en bättre förståelse för andras livsvärldar, dela och jämföra sina erfarenheter med andra studenter, vilket främjar lärande och engagemang. Det är då dock viktigt att vara uppmärksam på om någon eller några studenter avkrävs representation från en gruppstillhörighet som "sticker ut" från normen. Detta kan gälla kön, etnicitet, funktionalitet, ålder eller andra identitetsfaktorer. Genom att avkrävas representation riskerar personens andra individuella erfarenheter osynliggöras. Ingen ska tvingas representera någonting annat än sin kompetens och sig själv (Vinthagen & Zavalía, 2014): sin egen person. I dessa situationer kan ett intersektionellt perspektiv vara användbart då det är mer gynnsamt att beakta personligheter, olika livsöden och förutsättningar (Case, 2016). Lärarens roll i detta är att uppmuntra till respektfulla diskussioner, ge konstruktiv återkoppling, samt att vara en vägledande guide som skapar utrymme för alla studenter att delta och känna sig hörda. Att känna sig trygg i att uttrycka olika perspektiv tillsammans med andra främjar en dynamisk och inkluderande miljö.



Hur kan normkritiska perspektiv användas i praktiken?

Svenska högskolor och universitet har i uppdrag att arbeta med jämställdhetsintegrering och breddat deltagande. På Högskolan Kristianstad hålls sedan flera år tillbaka den högskolepedagogiska kursen *Normkritiskt perspektiv i undervisningen*. Kursen riktar sig till personal på lärosätet som berörs direkt eller indirekt av undervisningsuppdraget. Målsättningen är att kursdeltagarna ska erhålla verktyg att integrera ett normkritiskt perspektiv i undervisningen. Kursupplägget innebär att föreläsningar varvas med gruppdiskussioner och övningar. Stor tyngd läggs vid att kursdeltagarna kontinuerligt, individuellt och i grupp, reflekterar över den egna normkritiska utvecklingsprocessen. Examinationsuppgiften initieras tidigt genom att utvecklingsmöjligheter i den egna undervisningspraktiken identifieras, vilka sedan kreativt arbetas med under kursens gång, och dessutom formas sätt att utvärdera detta arbete.

De exempel som följer nedan har sitt ursprung i det arbete som kursdeltagare påbörjat under kursens gång och därefter utvecklat inom de kurser och program de verkar i. Arbetet har visat sig ge ringar på vattnet i och med att kollegor involveras i arbetet och lärdomar sprids. Förhoppningen är att det aktiva normkritiska arbetet ska göra utbildningen mer jämlik, tillgänglig och inkluderande, samt att studenterna samtidigt ska erhålla redskap att identifiera och förändra begränsande strukturer och oflekterade normer i samhället.

En normkritisk ansats i ett beteendevetenskapligt program

I ett nätbaserat kandidatprogram som inkluderar sociologi, kriminologi och psykologi har undervisande lärare under senare år aktivt implementerat en normkritisk ansats i flera av kurserna och i olika undervisningsmoment. Att vara lärare inom samhällsvetenskapliga ämnen innebär ofta en redan stor erfarenhet av frågor som rör samhällsnormer, socioekonomiska klyftor, genus, makt och identitet. Trots detta upplevdes det som givande att aktivt uppmärksamma och utveckla arbetsmetoder, studentbemötande, kursuppgifter och kurslitteratur utifrån en normkritisk ansats¹².

I ett första steg utvecklades litteraturlistor för att bli mer inkluderande. Ett konkret exempel är att flera introduktionsböcker i sociologi som (nästan eller enbart) berör manliga sociologer (så kallade ”klassiker”) byttes mot kurslitteratur som har ett mer inkluderande perspektiv. Inom sociologin introduceras ofta teorier om feminism, postkolonialism, genus och makt redan på grundnivå, men oftast först efter att ”klassikerna” har presenterats. Detta kan ses som problematiskt eftersom det kan cementera en snäv representation av perspektiv och röster tidigt i utbildningen. Det finns en rad kvinnliga och ”icke-västerländska” sociologer vars arbete har haft en betydande inverkan på disciplinen, men som ofta ignoreras i kursplaner. Att inkludera dessa ”bortglömda klassiker” kan ge studenter en mer nyanserad bild av disciplinens utveckling. Samtidigt är det viktigt att delge studenterna disciplinens historiska perspektiv och en tydlig bild av de klassiska perspektiv och teoretiker som fortfarande används och inspirerar samtida sociologer och forskare. Det är därför relevant att problematisera urvalet och även visa på kopplingar mellan olika teoretiska perspektiv. Till exempel har frågor om sexualitet, hälsa, jämlikhet och familjeliv ofta fått mindre uppmärksamhet av klassiska (uppmärksam-

¹² En liknande diskussion förs i Ringström, Thelander och Yakhlef (2023).

made) sociologer än frågor som rör bland annat byråkrati, religion, kapitalism, ekonomi, urbanisering och arbetsdelning. Feminism, postkolonialism, genus och makt är inte separata teorier utan är sammanvävda och kan belysa varandra. Att visa på kopplingar mellan perspektiven och deras historiska utveckling kan hjälpa studenter att få en djupare förståelse för sociala strukturer, ojämlikhet och disciplinen i stort. Flera föreläsningar i programmet har uppdaterats gällande genusaspekter och alternativa teoretiker för att erbjuda olika perspektiv på både historiska och aktuella samhällsfenomen.

I samband med införandet av ett normkritiskt perspektiv i undervisning kan det vara lockande att inkludera alternativa teoretiker, livsberättelser och exempel för att ”väga upp” den normativa litteraturen eller undervisningsmaterialet. Detta kan i sig vara problematiskt då så kallade ”motberättelser” som ger en röst åt ”tidigare marginaliserade grupper” får representera och visa en bild av ”de andra” som tidigare har exkluderats. Motberättelser bör inte finnas med som ett extra ”tillägg” i undervisningen vid sidan av det ”normativa” materialet. Olika berättelser, perspektiv och teorier behöver presenteras på ett konsekvent sätt under kursens eller utbildningens gång.

På det beteendevetenskapliga programmet interagerar lärare och studenter främst via en digital undervisningsplattform, i videomöten och några gånger per termin på plats på campus. Interaktionen mellan lärare och studenter, och studenterna sinsemellan, kan upplevas särskilt utmanande inom nätbaserad undervisning. En undervisningsmiljö där studenterna känner gemenskap är viktigt för deras motivation och engagemang i utbildningen (Lykke, 2013). I programmet strävas det därför efter att synliggöra lärares närvaro genom regelbundna meddelanden, uppmuntran och kommunikation gällande kursernas upplägg, scheman och examinationer. Ett digitalt mötesverktyg möjliggör interaktion med studenterna och uppfattas som ett värdefullt verktyg för att hålla kontakt med studenterna, erbjuda dem en personlig prägel på undervisningen och få dem att lära känna lärarna som ”verkliga personer”.

Det har också varit angeläget att främja examinationsformer och uppgifter där studenterna förväntas interagera och diskutera med varandra. Strävan efter ett tryggt diskussionsklimat där studenterna

vågar framföra sina åsikter och diskutera komplexa frågor utan att känna sig dömda eller utpekade är då vitalt (Cedillo & Bratta, 2019). Att ”träffas” och kommunicera ansikte mot ansikte i ett videomöte har av studenterna beskrivits som värdefullt för att senare kunna kommunicera i skrift och samarbeta om olika uppgifter. I nätbaserad undervisning, där kommunikation ansikte mot ansikte är begränsad, är det särskilt viktigt att tydligt förmedla programmets värderingar och trivselregler (Moreira, 2016). Konsekvent ges därför skriftlig återkoppling, och studenterna uppmuntras dessutom att rapportera respektlösa kommentarer eller konflikter. Medling har visat sig vara effektivt när studenter själva inte kan lösa problem eller när någon upplever kränkande beteende.

Utifrån ett normkritiskt perspektiv finns det flera fördelar med nätbaserad distansundervisning som är värda att nämna. Nätbaserad undervisning har potential att överbrygga fysiska hinder eftersom den inte begränsas av geografisk plats och utnyttjar tekniska hjälpmedel (Pearson & Koppi, 2002). Genom att vara platsoberoende ger nätbaserad undervisning fler studenter möjlighet att studera oavsett ekonomi, ålder och boende-, familje- eller arbetssituation. Dessutom öppnar en flexibel undervisningsmiljö upp möjligheter för studenter från olika bakgrunder, inklusive de som tidigare varit exkluderade från akademien. Detta kan i sin tur kopplas till lärosätenas uppdrag kring breddat deltagande (Anderson m.fl., 2018). Exempelvis kan kurser på engelska locka internationella studenter, vilket skapar heterogena studentgrupper med olika kulturella influenser, etniciteter, utbildningserfarenheter, krav och förväntningar. Utmaningen ligger i att medvetet inkludera denna mångfald i undervisningens upplägg och utformning (Moreira, 2016). Utöver detta kan nätbaserad undervisning anses vara mer hållbar än traditionell undervisning eftersom den minskar klimatavtrycket på grund av sin platsobundenhet (Perales Jarillo m.fl., 2019).

En nätbaserad undervisningsform kan dock även vara exkluderande. I traditionell klassrumsundervisning är det lärarens ansvar att fördela talutrymmet jämnt bland studenterna och strukturera tiden så att fler får möjlighet att delta aktivt. En digital miljö har liknande dynamik som fysiska klassrum, men det kan vara utmanande att få en överblick över deltagande studenter. Mindre gruppdiskussioner och presentations-

rundor kan vara användbara, så länge friheten att tala inte blir ett tvång (Cook-Sather, 2007). Digitala plattformar skapar också möjlighet för lärare och studenter att i efterhand följa diskussioner utan avbrott eller tidspress.

Vad som också kan vara exkluderande i nätbaserad undervisning är att studenterna ofta självständigt förväntas ta till sig av ett omfattande textbaserat material utan tydliga instruktioner och vägledning, vilket kan vara krävande för de flesta, och troligen särskilt för studenter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att motverka detta bör lärare och kursansvariga noggrant granska kursens uppbyggnad och struktur samt lärarnas arbetssätt för att skapa en så inkluderande studiemiljö som möjligt. Genom att använda väl utformade digitala plattformar kan studenter få en tydligare översikt över kursinnehållet och deadlines. Studenter som har utmaningar med att läsa och bearbeta text finner ofta digitala verktyg med en genomtänkt layout, läsvänlig text och bilder hjälpsamma för att underlätta förståelsen och göra det lättare att planera och hantera studieuppgifter generellt (Pirttimaa m.fl., 2015).

Tekniska hjälpmedel och nätbaserad undervisning i högre utbildning har även visat sig vara till särskilt stor hjälp för studenter med inlärningssvårigheter. Genom att strukturera föreläsningar och undervisning med hjälp av visuella medel som bilder, inspelningar och korta filmer underlättas studenternas minnesinlärning och kunskapsförståelse (Sadat Sajadi & Khan, 2011). I och med detta blir lärarens förmåga att använda tekniska hjälpmedel viktig för att utforma kurser på ett tydligt, strukturerat och överskådligt sätt. Att erbjuda en tydlig planering och översikt för undervisningen samt en öppen atmosfär där studenterna, även de med olika svårigheter, vågar be om stöd är värdefullt.

Kombinationen av tekniska hjälpmedel, välstrukturerade kurser och inkluderande, normkritisk pedagogik har visats sig gynna studenterna på Beteendevetenskapligt program och utbildningen i stort. Därmed fortsätter arbetet med att guida studenterna genom studentlivet, samt att möta olika behov och inlärningsstilar för att kunna erbjuda givande och inspirerande utbildningsupplevelser.

Normkritiska perspektiv i undervisning om folkhälsa

Inom ett folkhälsovetenskapligt program är strävan att ha fokus på jämlikhetsfrågor, vilket inkluderar normkritiska perspektiv. För studenterna inleds studierna med en introduktionsföreläsning som tar sitt avstamp i den historiska utvecklingen av folkhälsan i Sverige. Denna introduktion innebär en naturlig inkludering av perspektiv som belyser diskriminering av minoriteter och andra befolkningsgrupper genom synliggörande av historiska skeenden där normer kring funktionalitet, etnicitet, kön, sexuell läggning och olika ”normavvikelser” har varit av betydelse. Under föreläsningen diskuteras exempelvis Statens institut för rasbiologi och andra av dåtidens institutioner för att belysa de övergrepp som staten begick på olika minoritetsgrupper och personer med intellektuell funktionsnedsättning. Dessutom inkluderas dåtida tidsningsrubriker för att ytterligare exemplifiera hur såväl staten som media och samhället i stort bidrog till att främja diskriminering genom att befästa stigmatiserande narrativ kring exempelvis judar på 1930-talet och homosexuella personer under AIDS-epidemin under 1980-talet. För att sätta de historiska perspektiven i en nutida kontext avslutas föreläsningen med en reflektionsfråga om hur vår samtid kommer att betraktas i framtiden, vilken manar till diskussioner om fördomar, privilegier och vikten av förståelse för hur normer påverkar hälsan i olika befolkningsgrupper.

Föreläsningen har som målsättning att utveckla studenternas förståelse för hur normkritiska perspektiv kan användas i relation till studenternas framtida yrkesroller, där de ska verka för att främja hälsa och förebygga ohälsa. I samtalen betonas också att de i sina yrkesroller har möjlighet att påverka utvecklingen på individ-, grupp- och samhällsnivå genom insikten om hur normativa föreställningar påverkar exempelvis planering och genomförande av olika former av folkhälsoarbete. Genom att utgå från den ämnesspecifika dimensionen via en historisk tillbakablick görs det normkritiska perspektivet därmed relevant för studenterna, samtidigt som kopplingen mellan normmedvetenhet, demokrati, mänskliga rättigheter och samhällsutveckling synliggörs (Kumashiro, 2000).

Efter föreläsningen arbetar studenterna vidare med en gruppuppgift där de analyserar genomförda folkhälsoprojekt och reflekterar över etiska

aspekter kopplade till dem. Projekten riktar sig till olika målgrupper, exempelvis äldre personer med kognitiva funktionsnedsättningar, unga personer med migrationserfarenheter eller HBTQ-personer på landsbygden, vilket leder till diskussioner om tillgänglighet, inkludering och andra faktorer som relaterar till arbetet för en jämlik folkhälsa. Som avslutning på kursen arbetar studenterna med en individuell skrivuppgift där teoretiska utgångspunkter och nyvunna kunskaper, samt historiska och nutida perspektiv, integreras med stöd av en valbar skönlitterär bok som berör teman som normbrytande funktionalitet, normbrytande sexuell identitet och andra aspekter som går att koppla till olika diskrimineringsgrunder.

För att ytterligare stärka de redan synliggjorda perspektiven i kursen, och tillföra nya perspektiv, har lärare i kursen genomfört en så kallad normspaning. Normspaningar kan inom högre utbildning användas för att synliggöra vilka perspektiv som belyses och vilka som saknas i exempelvis undervisningsmaterial, litteraturlistor och kursplaner samt på lärosätets webbsidor. Normspaningen kring undervisningsmomentet i programmet innebar att utifrån samtliga diskrimineringsgrunder göra en enkel kartläggning av representation och inkludering i förhållande till föreläsningssinnehåll, innehåll i gruppuppgifter och i de valbara skönlitterära böckerna i den avslutande skrivuppgiften. Normspaningen resulterade i förändring av uppgiftsbeskrivningar och undervisningsmaterial avseende representerade perspektiv, men bidrog framför allt med en påminnelse om att normmedvetenhet förutsätter ständigt ifrågasättande av egna föreställningar. Självreflektion hos läraren är avgörande för att klassrummet ska kunna utgöra en plattform för diskussioner som leder till nya insikter och normmedvetenhet hos studenterna (Kalonaityté, 2014). Dialogen som främjas genom normkritiska undervisningsmoment förutsätter dessutom ett tryggt klassrumsklimat där studenterna själva utgör aktiva medskapare av undervisnings-sammanhanget, vilket betonar vikten av att som lärare reflektera över hur studenternas självbild påverkas när inlärd världsbilder utmanas (Bromseth & Sörensdotter, 2012).

För att studenterna ska kunna möta och förstå samhället ur ett normkritiskt perspektiv i sina framtida yrkesroller är det avgörande att de i undervisningen inte bara lär sig om ”de andra” utan också genom

förståelse för andra perspektiv lär sig någonting om sig själva (Tengelin m.fl., 2019). De normkritiska inslagen i introduktionskursens undervisningsmoment förväntas bidra till studenternas resa mot att bli medvetna folkhälsovetare med insikt om människors olika förutsättningar för hälsa. Denna resa fortsätter genom deras utbildning och förhoppningsvis även vidare ut i yrkeslivet, där ett aktivt ifrågasättande och utmanande av normer utgör en resurs i arbetet för en jämlik folkhälsa.

Normspaning i två specialistsjuksköterskeprogram

Mångfald och inkludering behöver utvecklas för att skapa en god lärandemiljö och deltagande för alla studenter inom högre utbildning. Det har visat sig i studier att studenter som tillhör en etnisk minoritet har upplevelser av utanförskap, diskriminering och negativ särbehandling på grund av bemötandet från medstudenter, lärare och handledare. Dessa negativa erfarenheter stressar och skapar oro för de som utsätts, och riskerar att försvåra både studierna och socialiseringen med andra studenter (Johannessen m.fl., 2022). Utanförskapet bottnar ibland i upplevelser av att inte vara inkluderad och representerad i utbildningen.

Genom den högskolepedagogiska kursen *Normkritiskt perspektiv i undervisningen* väcktes en nyfikenhet för vilka normer som kommer till uttryck i specialistsjuksköterskeprogram. En central fråga blev: Vilka grupper av studenter görs självklara och vilka görs osynliga? Genom att granska texter och bilder på program- och kursytor på lärosätets hemsida var syftet att identifiera och utveckla förbättringsområden utifrån ett normkritiskt perspektiv. Webbsidorna granskades med hjälp av en granskningsmall som utvecklades för syftet. Granskningsmallen fokuserade på vilka identitetskategorier (såsom ålder, kön, kropp, etnicitet) som representerades i text och bild och vilka som saknades. Även frågor kring vem som var avsändare respektive tilltänkt mottagare av informationen fanns med, liksom utrymme för övriga reflektioner.

Granskningen visade att det fanns behov av utveckling av specialistsjuksköterskeprogrammets program- och kursytor på högskolans webbsida, med avsikt att öka representation avseende exempelvis kön, ålder och etnicitet. Bilder som användes på programytorna visade framför allt yngre vita kvinnor med normföljande kroppar. Vad som dess-

utom framkom var att det inom programmen fanns främst kvinnliga lärare, och vad gäller kurslitteraturen utgjorde majoriteten kvinnliga författare. Detta kan visserligen anses representera den faktiska könsfördelningen inom sjuksköterskeyrket, vilket dock inte desto mindre innebär att dessa aspekter kan behöva utjämnas.

Efter normspaningen har namnval och bildval setts över på några kursytor för specialistsjuksköterskeprogrammen. Arbetet har presenterats för programansvarig och kollegiet på en programträff. Granskningsmallen har också delats i kollegiet för att användas för gemensam reflektion och dialog kring normer. Planen är att kontinuerligt göra en översyn av representation på kursytor. En dialog pågår med kommunikationsavdelningen på högskolan för att ta fram bilder där fler representeras utifrån kön, etnicitet och så vidare. Arbetet är tänkt att utvärderas och utvecklas genom att studenterna tillfrågas om sina uppfattningar. En pilottestning är påbörjad genom att följande frågor lagts till i kursvärderingar: Känner du dig som student representerad i kursens material och upplägg? Vad ser du att vi kan förbättra för att öka mångfalden och känslan av att vara representerad? Att gemensamt använda en granskningsmall för normspaning för att i kollegiet öka medvetenheten kring normer och skapa nya perspektiv har visat sig vara hjälpsamt i programutvecklingen.

En normkritisk intervention på en hälsomottagning

På en studentledd hälsomottagning, Hälsopunkten, gör sjuksköterskestudenter delar av sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU). I undervisning om levnadsvanor inom ramen för sjuksköterskeutbildningen berörs ämnet vikt. För många studenter är ämnet förknippat med starka känslor och åsikter. Trots att sambandet mellan vikt och hälsa är komplext är bilden av den smala kroppen som mer hälsosam starkt rådande i samhället. Förutom att detta är en missvisande förenkling orsakar normer kring kropp och vikt stigmatisering och diskriminering. Det kan leda till att personer med övervikt eller fetma drabbas av psykisk ohälsa, och i förlängningen också av fattigdom som i sig är en riskfaktor för sjukdom, eftersom de riskerar att diskrimineras inom utbildning och vid anställning (Puhl & Heuer, 2009).

Även hälso- och sjukvården är en del av reproduktionen av dessa smalhetsnormer. Två tredjedelar av personer med övervikt eller fetma har blivit stigmatiserade i kontakt med sjukvården (Puhl m.fl., 2021). Det innebär att dessa personer får sämre vård, men det kan också leda till att de undviker att söka vård på nytt på grund av tidigare negativa vård erfarenheter (McGuigan & Wilkinson, 2015). En sjuksköterskeutbildning som upprätthåller normer kring kropp och vikt riskerar således att skada studenternas framtida patienter.

Om smala kroppar värderas som bättre i undervisningen påverkar det troligen också studenternas syn på sig själva och sina studiekamrater, vilket kan innebära upplevelser av stigmatisering. Studenter som upplever sig stigmatiserade har svårare att klara sin utbildning (Pinel m.fl., 2005). Vikt omfattas dock inte av Diskrimineringslagen, vilket gör att skyddet mot trakasserier eller särbehandling relaterat till vikt är mycket svagt. I enstaka fall har diskriminering på arbetsplatsen på grund av vikt drivits i domstol, men då har fetman varit så svår att den inneburit en funktionsnedsättning, vilket är en diskrimineringsgrund. Det finns inga studier som undersökt sjuksköterskestudenters erfarenheter av stigmatisering relaterat till vikt. Det har dock framkommit i samtal med sjuksköterskestudenter att de upplevt rådande smalhetsnormer som begränsande och stigmatiserande.

För att arbeta mot stigmatisering av studenter relaterat till vikt genomfördes på Hälso punkten under senhösten 2023 ett antal interventioner. Vid seminarium om hälsa och levnadsvanor lyfts numera en artikel som belyser det komplexa sambandet mellan vikt och hälsa och att fysisk aktivitet har större betydelse för den totala hälsorisken än vad BMI-värdet har. Följande frågor diskuteras:

Vad säger artikeln om övervikt och fysisk aktivitet? Vilka är budskapen till vårdpersonal? Varannan vuxen i Sverige lever med övervikt eller obesitas. Många upplever bemötandet inom hälso- och sjukvården som stigmatiserande. Varför är det så tror ni? Vad kan vi göra för att undvika att människor känner sig dömda av oss?

Studenterna får även titta på en film där budskapet är att vårdpersonal måste bli medvetna om de fördomar kring vikt som patienter möter och

undvika att bidra till dem. Filmen ger exempel på hur frågan om vikt kan lyftas utan att stigmatisera eller värdera, och syftar till att utveckla studenternas förhållningssätt i mötet med personer med övervikt eller fetma.

I Hälsopunktens väntrum, reception och besöksrum finns ett antal affischer med budskap om hälsa eller bilder på personer i hälsofrämjande sammanhang. Bilder på personer med övervikt eller fetma som utför fysisk aktivitet eller äter hälsosam mat har saknats, men lagts till för att öka representationen av olika typer av kroppar. På så sätt utmanas fördomar kring att den som är överviktig inte motionerar eller äter hälsosamt. Den sista dagen under studenternas VFU på Hälsopunkten sker en reflektion utifrån Gibbs reflektionscykel (1988). I lärarhandledningen till reflektionen har följande avsnitt lagts till:

I samhället finns en smalhetsnorm, d.v.s. att smala kroppar är normen, det som är eftersträvänsvärt. Smalhet kopplas ofta till hälsa trots att en smal kropp inte automatiskt är hälsosam.

- Hur berörs ämnet vikt på Hälsopunkten tycker ni? I studiehandledning, på seminariet, i annat material och i lokalerna?
- Förstärker eller utmanar Hälsopunktens verksamhet normerna?
- Har er syn på vikt och hälsa påverkats under den här VFU:n?
- Vad skulle vi kunna göra annorlunda?

Reflektionsfrågorna ska användas som ett verktyg för att utvärdera den normkritiska interventionen.

Värt att tänka på

För att förstå de personer vi möter, och för att förstå oss själva och våra egna värderingar liksom den kontext vi befinner oss i, behöver vi förhålla oss normkritiska. Att arbeta med normkritiska perspektiv och skapa en medvetenhet bland kollegor och studenter i högre utbildning kräver dock mer än bara några få övningar, föreläsningar eller gruppdiskussioner. Som lärare är det svårt att veta vad som påverkar studenterna på djupet, och viktiga faktorer är därför kontinuitet, repetition och återkoppling. En del av processen är att inkludera frågor om studenternas upplevelser av kursmoment och undervisningsklimat i

kursutvärderingarna. Det bör även undersökas om studenterna känner sig trygga med att delta i diskussioner och uttrycka egna tankar och åsikter. Regelbundna avstämningar, under pågående kurser och inte bara i slutet av terminen, ger värdefull återkoppling.

Genom kontinuerlig dialog med studenter och kollegor kan en relevant och givande undervisning formas, och på så sätt fortsätter även det viktiga arbetet med att problematisera relationen mellan kunskap, identitet och makt. Det är inte tillräckligt att enbart fokusera på explicita normkritiska frågor – normkritiska aspekter bör integreras i alla uppgifter och på alla arenor, även de som inte direkt handlar om dessa teman. Att införa ett normkritiskt perspektiv innebär med andra ord att ta del av en ständigt pågående och föränderlig dialog om identitet, kunskap och makt inom högre utbildning, men också i samhället i stort.

Att reflektera över

- Vad innebär det för dig att förhålla dig normkritiskt och personcentrerat i undervisningen?
- Försök dra dig till minnes en situation där du eller någon av dina kollegor var personcentrerad i undervisningen – vad kännetecknade den situationen?
- Försök dra dig till minnes en situation där du eller någon av dina kollegor *inte* var personcentrerad i undervisningen – vad kännetecknade den situationen?
- Hur kan ett normkritiskt förhållningssätt komma till uttryck i möten med studenter?
- Hur kan ett normkritiskt förhållningssätt komma till uttryck i planering av undervisning?
- Hur kan du förhålla dig mer normkritiskt och personcentrerat i din egen undervisningspraktik?
- Hur kan du och dina kollegor utveckla en mer normkreativ undervisning?

Referenser

- Anderson, L., Egard, H., Nordgren, C., & Staaf, P. (2018). Breddat deltagande för studenter med funktionsnedsättning – En utmaning för den högre utbildningen. *Högre utbildning*, 8(1), 33–41.
- Björkman, L., Bromseth, J., & Hill, H. (2021). Normkritisk pedagogik – framväxten och utvecklingen av ett nytt begrepp i den svenska utbildningskontexten. *Nordisk tidsskrift för pedagogikk & kritikk*, 7, 179–195.
- Bromseth, J., & Sörensdotter, R. (2012). Normkritisk pedagogik. I Lundberg, A. & Werner, A. (red.), *Genusvetenskapens pedagogik och didaktik*. Nationella sekretariatet för genusforskning.
- Bromseth, J., & Sörensdotter, R. (2014). Norm-critical pedagogy. *Gender studies education and pedagogy*, 24, 24–38.
- Case, K. (2016). Toward an intersectional pedagogy model: Engaged learning for social justice. I K. A. Case (red.), *Intersectional pedagogy* (s. 1–24). Routledge.
- Cedillo, C. V., & Bratta, P. (2019). Relating our experiences: The practice of positionality stories in student-centered pedagogy. *College Composition and Communication*, 71(2), 215–240.
- Cook-Sather, A. (2007). What Would Happen If We Treated Students as Those With Opinions That Matter? The Benefits to Principals and Teachers of Supporting Youth Engagement in School. *NASSP Bulletin*, 91(4), 343–362.
- Diskrimineringslag (SFS 2008:567). Arbetsmarknadsdepartementet. <https://www.riksdagen.se>.
- Freire, P. (1976). *Education, the practice of freedom*. Writers and Readers Publishing Cooperative.
- Garnow, T. (2021). *Kulturmöten – Interkulturell omvårdnad med normkritiska perspektiv*. Studentlitteratur.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing. A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford Centre for Staff and Learning Development.
- Johannessen, B., Flateland, S., Haraldstad, K., Skisland, A., & Rohde, G. (2022). Being an ethnic minority nursing student – A meta synthesis. *Journal of Professional Nursing*, 40, 111–121.
- Kalonaityté, V. (2014). *Normkritisk pedagogik: för den högre utbildningen*. Studentlitteratur.
- Kumashiro, K. (2000). Toward a Theory of Anti-Oppressive Education. *American Educational Research Association*, 70(1), 25–53.

- Lykke, N. (2013) Intersectional gender pedagogy. I Lundberg, A., & Werner, A. (red.). *Gender Studies Education and Pedagogy*. Nationella sekretariatet för genusforskning.
- McCormack, B., & McCance, T. (2021). The person-centred nursing framework. I *Person-centred nursing research: Methodology, methods and outcomes* (s. 13–27). Springer International Publishing.
- McGuigan, R. D., & Wilkinson, J. M. (2015). Obesity and healthcare avoidance: a systematic review. *AIMS Public Health*, 2(1), 56.
- Moreira, D. (2016). From On-Campus to Online: A Trajectory of Innovation, Internationalization and Inclusion. *International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 17 (5), 186–199.
- O'Connor, K. E. (2008). “You choose to care”: Teachers, emotions and professional identity. *Teaching and teacher education*, 24(1), 117–126.
- Pearson, E. J., & Koppi, T. (2002) Inclusion and online learning opportunities: Designing for accessibility, *ALT-J*, 10(2), 17–28.
- Perales Jarillo, M., Pedraza, L., Moreno Ger, P., & Bocos, E. (2019). Challenges of Online Higher Education in the Face of the Sustainability Objectives of the United Nations: Carbon Footprint, Accessibility and Social Inclusion. *Sustainability*, 11, 5580.
- Pinel, E. C., Warner, L. R., & Chua, P. P. (2005). Getting there is only half the battle: Stigma consciousness and maintaining diversity in higher education. *Journal of Social Issues*, 61(3), 481–506.
- Pirttimaa, R., Takala, M., & Ladonlahti, T. (2015). Students in higher education with reading and writing difficulties. *Education Inquiry*, 6(1), 24277.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941.
- Puhl, R. M., Lessard, L. M., Himmelstein, M. S., & Foster, G. D. (2021). The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One*, 16(6), e0251566.
- Ringström, J., Thelander, J., & Yakhlef, S. (2023). *Kritiskt tänkande, normkritik och samspel: Erfarenheter och reflektioner kring distansundervisningens praktik*. Kristianstad University Press.
- Sadat Sajadi, S., & Khan, T. M. (2011). An Evaluation Of Constructivism For Learners With ADHD: Development Of A Constructivist Pedagogy For Special Needs. *European, Mediterranean & Middle Eastern Conference on Information Systems (EMCIS2011)*.

- Spivak, G. C. (1987). *In other worlds: Essays in cultural politics*. Methuen.
- Tengelin, E., Bülow, P., Berndtsson, I., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2019). Norm-critical potential in undergraduate nursing education curricula: A document analysis. *Advances in Nursing Science*, 42(2), 24–37.
- Tengelin, E., Dahlborg, E., Berndtsson, I., & Bülow, P. H. (2020). From political correctness to reflexivity: A norm-critical perspective on nursing education. *Nursing Inquiry*, 27(3), e12344.
- Vinthagen, R., & Zavalia, L. (2014). *Normkreativ*. Premiss förlag.
- Yakhlef, S., & Basic, G. (2023). Working with pupils who use alcohol and drugs: emotional labour and crime prevention of Swedish high school staff members. *European Journal of Social Work*, 1-12.
- Yakhlef, S. (2018). *United agents: community of practice within border policing in the Baltic Sea area*. [Avhandling, Lunds universitet].

Om författarna

Tide Garnow (kapitelredaktör) är specialistsjuksköterska med inriktning psykiatrisk vård och universitetslektor i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes avhandling om existentiell ensamhet och ledsenhet under ungdomstiden är inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande. Tide undervisar om jämlikhet och normkritik i flera olika program på lärosätet, och driver också en högskolepedagogisk kurs i normkritisk pedagogik. Hon anlitas återkommande för att normkritiskt granska läromedel, och har även författat kurslitteratur om interkulturell omvårdnad med normkritiska perspektiv.

Lisa Axelsson är leg. sjuksköterska, distriktssköterska och doktorand i vårdvetenskap vid Malmö universitet. Hennes avhandlingsarbete handlar om fysisk aktivitet bland kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden. Hon har i huvudsak arbetat som skolsköterska inom grundskola och anpassad grundskola och har tidigare undervisat om folksjukdomar och rådgivning om levnadsvanor på sjuksköterskeprogrammet på Högskolan Kristianstad.

Ingela Beck är leg. sjuksköterska och docent i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad samt Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet. Ingela undervisar och bedriver forskning om personcentrerad vård, palliativ vård och att uppmärks-

samma och samtala om känslomässiga och existentiella behov. En viktig del i hennes undervisning och forskning är att eftersträva ökad medvetenhet om egna och andras normer, vilket kräver kontinuerlig reflektion och diskussioner med andra.

Eva-Lena Einberg är leg. sjuksköterska, filosofie doktor och universitetslektor i hälsa och vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes forskning inkluderar ett hälsofrämjande/salutogent perspektiv, barn och ungas hälsa, samt vuxna med intellektuell funktionsnedsättning. Eva-Lena undervisar om hållbarhet i distriktssköterskeprogrammet och fristående kurser. Hon är medförfattare till boken Skolsköterskans hälsofrämjande arbete där hennes kapitel tar upp normer, jämställdhet och jämlikhet som betydelsefulla faktorer för barn och ungas hälsa.

Lena Ottosson är leg. sjuksköterska, distriktssköterska och universitetsadjunkt vid Högskolan Kristianstad. Hennes specialområde är primärvård och äldre hälsa samt omvårdnad vid kognitiv svikt. Lena undervisar bland annat studenter i grundutbildning till sjuksköterska och specialistutbildning till distriktssköterska och följer även dessa studenter i verksamhetsförlagd utbildning som bedömande lärare.

Cássandra Winther är utbildad folkhälsovetare med erfarenhet av att arbeta inom socialtjänsten. Hon undervisar på det folkhälsovetenskapliga programmet med beteendevetenskaplig inriktning vid Högskolan Kristianstad, där hon även arbetar med samverkan och driver Folkhälsopodden. Hon är också en av de drivande krafterna bakom Nätverket för jämlikhet och inkludering på Högskolan Kristianstad. Cássandra skriver om föräldraskap och relationer på Facebooksidan "Föräldraskap i fokus".

Sophia Yakhlef är doktor i sociologi med inriktning kriminologi och skrev sin avhandling om samverkan, humor, förtroende och interpersonella möten mellan gränspolis i Estland, Sverige, Finland, Lettland och Litauen. Hon forskar numera bland annat om gymnasieskolans arbete med elever som brukar alkohol och narkotika och om medier och brott. Sophia undervisar i ett flertal kurser i sociologi och kriminologi på Högskolan Kristianstad.

13 En personcentrerad lärkultur i högre utbildning

Petra Nilsson Lindström, Åsa Bringsén, Pernilla Garmy, Maria Melén, Sunniva Müller Rasmussen, Simone Nilsson, Sofie Persson, Anna Pålsson, Johanna Sjöbeck, Theres Widgren & Cássandra Winther

Inledning

Kapitlet kommer att presentera en innovativ modell för hur ett lärosäte kan arbeta för att stimulera till en personcentrerad lärkultur i högre utbildning. Modellen beskriver hur ett sådant arbete kan bedrivas på olika systemnivåer i akademien (lärosäte, fakultet, utbildningsprogram och i mötet mellan student och lärare) för att främja studenters lärande och utveckling av akademiskt lärarskap hos medarbetarna. En personcentrerad lärkultur innefattar således både ett pedagogiskt förhållningssätt i läraaktiviteter med studenterna, men är även en utgångspunkt för en kollegial pedagogisk hållning och kan på lärosätetsnivå fungera som ett stödjande lärsystem. Således är kapitlet intressant för alla som på olika sätt berörs av en utbildningskontext, såväl studenter och lärare som övriga medarbetare och ledning.

Teoretiska utgångspunkter

Personcentreringens teoretiska utgångspunkter beskrivs i bokens första kapitel, så i detta kapitel riktar vi in oss på att beskriva hur begreppen studentcentrering och personcentrering förhåller sig till varandra. Som beskrivs i kapitel 1 är Carl Rogers (1969) den som ofta tillskrivs ha introducerat dagens beskrivning av personcentrering. Rogers applicerade på sin tid ett personcentrerat förhållningssätt i olika kontexter såsom psykoterapi och utbildning. I utbildningskontexter sattes således personen ”studenten” i fokus, och begreppet *studentcentrering* blev centralt.

Men en akademisk traditionsbunden syn på förhållandet mellan lärare (experten) och student (novisen) har varit hårt fastetsad i universitetens

hierarkiska struktur för undervisning. Över tid har ett fokus på studenten och studentens lärande i en utbildningskontext långsamt men successivt utvecklats (se exempelvis Attard m.fl., 2010 och Barrineau m.fl., 2019), men olika lärosäten har olika utmaningar när det gäller studentcentrering. Studentcentrerat lärande (SCL) blev i Bologna-processen i början av 2000-talet en viktig del för att få lärosäten att röra sig mot ett förhållningssätt och en organisering av utbildning som sätter studenten i centrum, i stället för en traditionellt lärarcentrerad undervisning (London Communiqué, 2007). SCL som pedagogisk modell har fokus på studenten ur flera aspekter och visar på hur olika delar av utbildningskontexten kan fungera som stöd för studentens lärande.

Hur väl SCL har implementerats varierar dock. I välutvecklade akademiska kontexter inom högre utbildning finns en tydlig koppling mellan examensmål och undervisningsmetoder (så kallad konstruktiv länkning), där fokus ligger på studenternas aktiva deltagande i lärandeaktiviteter. Här är också studenterna mer involverade i beslutsprocesser, både övergripande på lärosätet och i frågor som direkt berör deras egen utbildningsvardag (ESG, 2015; Barrineau m.fl., 2019; Bolander Laksov & Scheja, 2020; Biggs m.fl., 2022). Även om SCL innefattar arbete på olika nivåer för studentens lärande, är det just ensidigt studentens behov som är i fokus. Vi menar att hela lärosätet, med dess olika resurser (personer, faktorer och processer) på olika nivå, ska ses som ett holistiskt system som stödjer lärande och utveckling för både studenter och akademins medarbetare. Således menar vi att det finns anledning att använda personcentreringsbegreppet i en akademisk kontext för att arbeta systematiskt för en *personcentrerad lärkultur i högre utbildning*.

Användningen av begreppet *person* när vi pratar om en personcentrerad lärkultur gör att vi kan inkludera fler verksamma aktörer inom ett utbildningssystem som på olika sätt kan stödja både student och medarbetare i akademien. Alltså inte ensidigt stöd till och fokus på *studenter*, som lätt tolkas in i SCL. En personcentrerad hållning inom högre utbildning blir därmed ett användbart holistiskt perspektiv med tillhörande värderingar att utgå från på alla nivåer.

Ett holistiskt perspektiv står för att ta in flera aspekter och på så sätt kunna se en större helhet och därigenom uppmärksamma hur olika delar

i helheten påverkar varandra samt kan fungera som stödjande resurser. Betraktas en personcentrerad lärkultur som en holistisk meta-hållning/approach, det vill säga att den verkar på olika nivåer samtidigt, så blir den mer användbar och tydlig beroende på var, hur och till vem en högskolepedagogisk insats är riktad. Om en personcentrerad lärkultur stödjer olika nivåer av lärande och utveckling är det också möjligt att tillämpa ett systemteoretiskt ramverk utifrån nivåerna makro, exo, meso och mikro. Då kan det bli ännu tydligare och konkret hur det praktiska arbetet kan bedrivas.

En teori som beskriver att en person utvecklas i samspel med sin omgivning genom sociala och kulturella sammanhang är Bronfenbrenners (1979; 1994) teori om ekologiska system. Personen är en aktiv aktör under hela livet, som både förändrar och förändras av kontexterna runt omkring sig. Dessa olika kontexter består av andra personer, faktorer och processer som har olika påverkan men också relation, från det nära till det mer avlägsna, samt att de hänger ihop på varierande sätt. De olika nivåerna relaterade till en högskolekontext blir då översatt som: makro (lärosäte), exo (fakultet), meso (utbildningsprogram och kollegialitet) och mikro (studenter och lärare i lärsituationer). Den övergripande makronivån går också vidare ut i omvärlden utanför lärosätet, och det behöver således finnas en samverkanskoppling både inåt och utåt för att utbildningar ska kunna möta samhällsbehov som finns och utbilda anställningsbara studenter. Systemnivåerna blir således bidragande delar till att förstå och systematiskt kunna arbeta för en holistisk personcentrerad lärkultur inom högre utbildning.

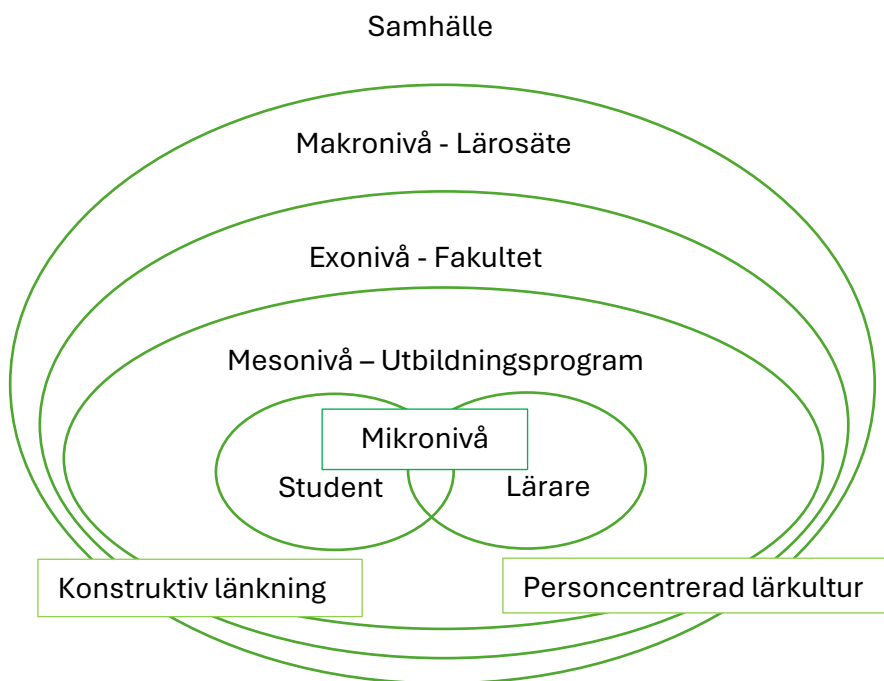
Inom högre utbildning fungerar en personcentrerad lärkultur som ett stödjande system, en miljö för lärande och utveckling. En stödjande miljö innebär ett systemtänkande och att det på olika nivåer finns resurser som är kopplade till att uppfylla olika behov, såsom psykiska, sociala, fysiska och existentiella, hos personerna där. Personerna (både studenter och medarbetare) i en akademisk kontext ingår i ett kollektiv som tillsammans bidrar till och skapar förutsättningar för en god lärkultur (Allan & Clarke, 2007). Goda förutsättningar för lärande börjar med ett aktivt pedagogiskt ledarskap som verkar för en gemensam pedagogisk hållning (Jons, 2008), vilken utgör övergripande värderingar och en ledstjärna i det akademiska lärarskapet. I en person-

centrerad lärkultur är således personcentreringens värdegrund den pedagogiska hållning som genomsyrar systemet där:

[...] values of respect for persons, individual right to self-determination, mutual respect and understanding. It is enabled by cultures of empowerment that foster continuous approaches to practice development. (McCormack m.fl., 2013, s. 193)

Citatet belyser olika aspekter (psykiska, sociala, fysiska och existentiella), och de relaterar alla till att stödjande resurser behöver finnas på de olika systemnivåerna. En modell som kan användas för systematiskt arbete med en personcentrerad lärkultur i högre utbildning utifrån ett systemteoretiskt och processororienterat perspektiv kan ses i figur 1.

Figur 1. En systemteoretisk modell för en personcentrerad lärkultur i högre utbildning.



Lärosätets kvalitetsarbete med högskolepedagogik

På makronivån tas ett lärosätesövergripande ansvar att bedriva utbildningar med god utbildningskvalitet som gör att studenterna når utbildningsmålen. För att kunna bedriva utbildningar med god kvalitet finns ett gediget kvalitetssystem som vilar på standarder och riktlinjer för högre utbildning (ESG, 2015), men också ett välutvecklat pedagogiskt ledarskap som värnar akademisk frihet, autonomi och utrymme för kreativitet hos lärare och studenter. Samtidigt är stödstrukturer för både lärarnas kompetensutveckling och studenternas akademiska utveckling en betydelsefull pusselbit.

Något som kan bidra till att öka utbildningskvaliteten ytterligare på lärosätet är att implementera en övergripande högskolepedagogisk profil, som de olika utbildningsprogrammen kan använda i relation till sitt specifika ämnesområde. Det är då betydelsefullt att implementeringen involverar dem det berör, så att akademins medarbetare känner att det har betydelse för deras arbete och att studenterna ser att den pedagogiska profilen är tydligt kopplad till hur utbildningen bedrivs. Utifrån en gemensam pedagogisk profil kan lärosätets kvalitetsstämpel bli starkare, men också användas i marknadsföringen gentemot nya potentiella studenter och medarbetare.

Högskolan Kristianstads pedagogiska profil vilar på tre ben som, parallellt med lärandet av ämneskunskaper, ska prägla utbildningarnas fokus avseende läraktiviteter och studentens lärande. För det första ska lärmiljön främja *långsiktigt och hållbart lärande*. Här är utvecklandet av studentens självständighet och förmåga till reflektion centralt. Det andra benet har fokus på utvecklandet av *generella akademiska kompetenser* som bidrar till att bygga en solid grund som hjälper studenten att navigera och lyckas i både yrkeslivet och i personliga utvecklingsmål. Det tredje benet är *lärande i samverkan med verksamheter*, där tillämpningen av kunskap och färdigheter från utbildningen sker i relation till det verkliga arbetslivet. Den pedagogiska profilen kopplar väl an till personcentrerade värden såsom autonomi, holism, delaktighet för att stödja utveckling eller förändring, och kan därmed bli en del av den pedagogiska hållningen.

Arbetet med den pedagogiska profilen passar också väl samman med främjandet av det akademiska lärarskapet hos medarbetare och utgör grunden till en stimulerande arbetsmiljö där pedagogiskt utvecklingsarbete sker i en anda av Scholarship of Teaching and Learning (SoTL). SoTL innebär ett systematiskt praktisknära utvecklingsarbete i relation till undervisning och lärande. Det kan dock ses som en utmaning med en högskoleövergripande pedagogisk profil med tanke på att utbildningsprogram är olika utifrån ämnesområden. Betydelsefullt är därför att varje utbildningsprogram ges möjlighet att översätta och konkretisera den generella pedagogiska profilen till den egna specifika utbildningskontexten. En autentiskt implementerad pedagogisk profil stärker utbildningarnas kvalitet.

Exempel på olika strategiska insatser

Lärosätets kvalitetssystem länkar samman lärares kompetensutveckling med utbildningsutveckling, vilket medför en kontinuerlig och systematisk utveckling av kompetens och läraaktiviteter av god kvalitet inom utbildningsprogrammen. Förutsättningar på makronivå som främjat en student- och personcentrerad lärkultur handlar framför allt om en sammankoppling mellan riktlinjer och standarder samt en kulturell acceptans. En viktig milstolpe är Standarder och riktlinjer för kvalitets-säkring inom det europeiska området för högre utbildning (ESG) som antogs år 2005. De tillkom i en kontext med ökande efterfrågan på färdigheter och kompetenser hos studenten som i sin tur ställde krav på högre utbildning att svara an mot den efterfrågan på nya sätt. Dessutom innebar en breddad rekrytering till högre utbildning att studentens alltmer varierade individuella erfarenheter behövde tas tillvara. Härur kom kravet att undervisningen behövde bli mer studentcentrerad. Lägg därtill digitaliseringens möjligheter att erbjuda utbildning i nya former. ESG har framför allt bidragit till ett fokus på kvalitet via hur undervisning och lärande sker i högre utbildning, vilket även inkluderar lärmiljön där kvalitetskultur ses som resultatet av interaktionen mellan lärare och studenter.

Likt den personcentrerade vården, där personer med hälsoutmaningar inkluderas och tar en aktiv roll, ställer ESG krav på den student- och personcentrerade lärmiljön, och inom ramen för den är kontinuerlig

dialog och samskapande med studenten avseende utbildningens planering och genomförande en central del.

ESG ger också vid handen riktlinjer för kompetensutveckling av undervisande personal, där en viktig del handlar om att uppmuntra förnyelse av undervisningsmetoder och användningen av ny teknik. Detta har sannolikt bidragit till ett slags kulturell acceptans och ett intresse för studentcentrerade undervisningsmetoder. De förutsättningar för en student- och personcentrerad lärkultur som ESG varit en bidragande del i avspeglas i de resurser som allokerats på lärosätet. Digitala lärplattformar och lärresurser finns tillgängliga för alla studenter, vilket möjliggjort personlig anpassning av undervisningen. Det erbjuds även punktinsatser för enskilda studenter i form av lärverkstäder dit studenten kan vända sig för att få stöd i att utveckla sin förmåga att hantera akademisk text, både som läsare och som skribent.

Ett annat exempel på insats är synliggörandet i organisationen av det pedagogiska uppdraget. Genom inrättandet av ett pedagogiskt meriteringssystem för lärare belönas lärares pedagogiska skicklighet, vilket kopplar samman akademiskt lärarskap med högskolepedagogisk utveckling. Ett brett högskolepedagogiskt kursutbud med både grundkurser och särskilda temakurser attraherar högskolans lärare till kontinuerlig kompetensutveckling. Temakurserna stödjer lärarna i specifika undervisningsaspekter såsom normkritiskt perspektiv eller språk- och läsutvecklande undervisning. Ett tredje exempel på insats är kontinuerlig finansiering av forsknings- och utvecklingsprojekt som utvecklar utbildningarna avseende undervisning och lärande. Inom ramen för dessa projekt har student- och personcentrerade lärmeter varit centrala, men också kollegial utveckling. Sammanfattningsvis möjliggörs utvecklingsarbetet, även om det viktigaste sker i nära relation mellan lärare och student, av ett strategiskt högskolepedagogiskt utvecklingsarbete på ledningsnivå.

Att reflektera över

- Vilka övergripande stödstrukturer finns i den organisation du arbetar inom?
- Vilka stödstrukturer borde utvecklas framöver?

Fakultetsarbete stärker högskolepedagogisk utveckling

Från det lärosätesövergripande arbetet på akademins makronivå leder det personcentrerade högskolepedagogiska arbetet vidare till *exonivån* som inbegriper lärosätets fakulteter. Varje fakultet består av ett antal utbildningsprogram som har närliggande ämnesområden och där lärare arbetar kollegialt dels inom sina respektive utbildningsprogram, dels i samarbeten över programgränserna. Fakulteter bör på ledningsnivå arbeta aktivt med att stärka förutsättningar för pedagogiskt ledarskap. Det stärker i sin tur utbildningarnas kvalitet, men också lärarnas kompetensutveckling genom att de utbildningsaktiva medarbetarna ges möjlighet att utveckla medvetenhet om sin pedagogiska gärning och sitt akademiska lärarskap.

Akademiskt lärarskap beskrivs av Bolander Laksov och Scheja (2020) i tre steg, där det första steget innebär att läraren blir intresserad av högskolepedagogik och börjar att fokusera på sitt eget konkreta arbete och relationen med studenterna samt utvecklar det utifrån exempelvis studenters kursutvärderingar. I nästa steg öppnar läraren upp för ett mer systematiskt arbete i relation till sin utbildningspraktik, liksom ökade kollegiala samarbeten. I den kollegiala utvecklingen diskuterar läraren sin praktik med kollegor, exempelvis om hur läraktiviteter kan utvecklas både konkret med studenter och som del i en större helhet i det aktuella utbildningsprogrammet. I det tredje steget börjar läraren blicka utåt och dela med sig av erfarenheter både internt på lärosätet och externt genom konferenser och publikationer. Akademiskt lärarskap kopplar till en personcentrerad lärkultur både i relation till medarbetarnas egen kompetensutveckling och i utvecklingen av studenters läraktiviteter. Fakulteten kan således stärka en personcentrerad lärkultur genom ett aktivt arbete med högskolepedagogik. En utmaning kan dock vara att lärare ofta upplever en problematik med att hinna med både egen kompetensutveckling, kursutveckling och därutöver högskolepedagogiska utvecklingsprojekt. Fakulteten behöver därför aktivt ta ansvar för att arbeta med stödjande strukturer för akademiskt lärarskap på olika sätt i verksamheten. I nästa stycke kommer en modell att beskrivas som några meriterade lärare arbetat fram för att stärka akademiskt lärarskap på en fakultet.

En arbetsmodell för akademiskt lärarskap

Sedan något år tillbaka har en del av de högskolepedagogiska aktiviteterna vid vårt lärosäte decentraliserats till de fyra fakulteterna. Tiden var kommen, eftersom varje fakultet hade ett flertal lärare som befordrats till meriterade eller excellenta lärare. Således skapades nu större möjligheter till ett mer nära och kontinuerligt högskolepedagogiskt arbete på varje fakultet. Varje fakultet tilldelas årligen ett antal timmar för att bedriva aktiviteter, och varje fakultets meriterade och excellenta lärare organiserar arbetet och aktiviteterna. På den hälsovetenskapliga fakulteten tog vi inspiration från Bolander Laksov och Scheja (2020; 2023) som beskriver det akademiska lärarskapets tre delar som: 1) individuellt, 2) kollegialt, och 3) organisatoriskt. Eftersom vårt syfte är att arbeta med högskolepedagogisk utveckling på hela fakulteten behöver arbetet genomsyra allt arbete för att stödja utvecklingen av akademiskt lärarskap. Fakultetens egen modell utgörs därför av följande tre nivåer:

- fakultetsnivå
- kollegial nivå
- läarnivå.

På *fakultetsnivån* finns meriterade lärare representerade i fakultetsnämnden och kursplaneutskottet. Där ges möjlighet att tillse att högskolepedagogiska frågor beaktas i den fakultetsövergripande verksamhetsutvecklingsplanen, i rekryteringar med mera. Meriterade lärare arrangerar också fakultetsövergripande aktiviteter som exempelvis lunchseminarier, pedagogiska caféer och Journal Clubs, där kollegor från fakultetens olika program möts och samtalar om pedagogiska erfarenheter och utmaningar i relationen med studenter. På *kollegial nivå* finns meriterade lärare representerade i nästan alla av fakultetens utbildningsprogram, vilket gör att meriterade lärare kan fungera som stöd vid exempelvis program- och kursutveckling på programnivå. Meriterade lärare är också bollplank kring erfarenhetsutbyte gällande konstruktiv länkning med tillhörande läraktiviteter, därtill samverkan med kollegor i utvecklings- och forskningsprojekt. På *läarnivån* finns meriterade lärare tillgängliga för kollegor att få stöd och guidning i exempelvis pedagogisk meritering samt kompetensutveckling i högskolepedagogik. Vi ser både den kollegiala nivån och

lärarnivån som personcentrerade, eftersom läraren som person i sin lärarroll ges möjlighet till kompetensutveckling både enskilt och tillsammans med andra.

För att fånga kollegornas önskemål om aktiviteter finns meriterade lärare med på fakultetsmöten och samlar in förslag, men försöker också att lyssna till verksamheten kontinuerligt i dagliga sammanhang. Modellen skapar ett systematiskt stöd för att högskolepedagogiska frågor beaktas och arbetas med på alla nivåer på fakulteten. Vårt arbete främjar således ett stärkt pedagogiskt ledarskap på fakulteten genom en pågående högskolepedagogisk diskussion i olika forum, och vi upplever att intresset för högskolepedagogik och det akademiska lärarskapet har utvecklats bland kollegorna. Dock har vi inte arbetat så länge på detta sätt, så det ska bli intressant att fortsätta arbetet för att stärka ett mer personcentrerat akademiskt lärarskap och systematiskt utvecklingsarbete för en god kvalitet och kompetens vid fakulteten, samt se hur det akademiska lärarskapet utvecklar sig framöver.

Att reflektera över

- På vilka sätt stöds utvecklingen av pedagogiskt ledarskap och akademiskt lärarskap vid din fakultet eller avdelning?
- För vem och hur har det betydelse?

Utbildningarnas högskolepedagogiska arbete i praktiken

Det personcentrerade högskolepedagogiska arbetet konkretiseras inom fakulteters utbildningsprogram där lärare arbetar på det akademiska systemets *mesonivå*. På denna nivå finns det utmaningar och möjligheter dels i att arbeta personcentrerat i hela utbildningsprogram, dels i det kollegiala arbetet som genomsyrar utbildningsprogram. Lärarnas kompetens och personliga egenskaper spelar således en viktig roll i ett personcentrerat utbildningsarbete. Det är viktigt att lärare är akademiskt skickliga, men också har utvecklade relationella färdigheter, en relationskompetens. Det handlar om att vara engagerad i sin undervisning, ha tydliga pedagogiska värderingar och självinsikt i sin lärarroll, men också att skapa en god relation med studenterna och förstå deras situation i någon mån (Aspelin, 2023; Plantin Ewe &

Fjelkner Pihl, 2024). Det kan kännas utmanande som lärare att navigera i ett relationellt förhållningssätt till studenterna, att vara personlig men inte privat. För kommer en lärare för nära studenterna kan det innebära att lärande hämmas, men att lära känna dem och dela med sig av personliga erfarenheter i undervisningen kan skapa autenticitet och vara positivt progressivt för lärande.

För att kunna förstå och utvecklas i sin lärarroll krävs kontinuerlig kompetensutveckling, men också kollegialt samarbete och samtal för att få syn på lärarrollen och den vardagliga praktiken. Ett gynnsamt samarbete mellan kollegor, stödjande organisatoriska strukturer och en lärkultur som uppmuntrar innovation samt kritiskt tänkande kring läraaktiviteter, stärker ett helt utbildningsprogram genom akademiskt lärarskap och Scholarship of Teaching and Learning (SoTL) (Bolander Laksov & Scheja, 2020; 2023). SoTL innebär ett systematiskt utvecklingsarbete, ofta kring den egna undervisningspraktiken. Det kan leda till en mer holistisk syn på utbildningars relevans inom de olika undervisningsämnena, men också stärka kopplingen till samhällets behov. Därtill bidrar ett aktivt SoTL-arbete med en ökad förståelse för vad som påverkar den enskilda studentens lärprocess inom utbildningsprogrammet och hur lärprocessen kan stärkas både generellt personcentrerat och ämnesspecifikt.

När det gäller själva lärprocessen är det således centralt att lärarna visar förståelse för studenternas perspektiv, delar beslutsfattandet med dem och erbjuder en helhetssyn på lärandet som tar hänsyn till alla aspekter av studentens akademiska utveckling (Barrineau m.fl., 2019). En betydelsefull aspekt är konstruktiv länkning (Biggs m.fl., 2022) som tydliggör för studenten hur olika examensmål logiskt hänger samman med examinationer och läraaktiviteter. En annan aspekt är variation i läraaktiviteter, såsom grupparbeten och interaktiva metoder, som också kan stärka lärande. Det leder sammantaget till att studenterna känner sig nöjda med sin utbildning, känner sig delaktiga i sitt lärande samt upplever en känsla av akademiskt välbefinnande och att en gynnsam personcentrerad lärkultur finns etablerad.

Erfarenheter från ett specialistsjuksköterskeprogram

Distriktssköterskeprogrammet är säkert inte ensamt om att tampas med utmaningen att arbeta personcentrerat i praktiken i ett utbildningsprogram som är styrt av högskoleförordningen och önskemål från studenternas kommande arbetsgivare. En vanlig invändning är att om personcentrering skulle tolkas som att studenterna själva får välja innehållet i programmet, finns risken att de inte får med sig de kunskaper som kompetensbeskrivningen för yrket föreskriver. Specialistutbildningen till distriktssköterska är en bred utbildning där studenterna kan komma att arbeta exempelvis inom barn- och elevhälsa, på vårdcentral, inom hemsjukvård eller inom äldreomsorg. Dessutom ska studenterna hinna skriva en magisteruppsats under en utbildning som är drygt ett år. Studenterna som kommer är visserligen väl rustade, eftersom de alla är legitimerade sjuksköterskor med en kandidatexamen i omvårdnad och minst ett par års yrkeslivserfarenhet som sjuksköterskor i bagaget.

Vi behöver förhålla oss till kompetensbeskrivningen för distriktssköterska samt till högskoleförordningen. Då är det inte möjligt för studenterna att själva snickra ihop sin utbildning om de ska kunna få examen som specialistutbildade distriktssköterskor med magister i omvårdnad. Vad är det då som är personcentrerad utbildning? Utbildningen till distriktssköterska har en lång tradition av att använda Dosseys holistiska omvårdnadsteori som ramverk för utbildningen (Dossey, 2016).

Dosseys teori är förenlig med personcentrering på så vis att den fokuserar både på de personer som distriktssköterskan möter i sin yrkesutövning, och på det egna jaget. För att kunna möta den andre behöver vårdgivaren vara trygg i sig själv och ha en god självkännet. Det läggs också vikt vid att den som vårdar även tar hand om sig själv och strävar efter att skapa förutsättningar för välmående och hälsa. Eftersom lärolaget har arbetat länge med den holistiska omvårdnadsteorin är de flesta väl förtrogna med den, men det gäller att skapa strukturer så att nya lärare bjuds in att ta del av teorin för att känna sig förankrade i den. Ett sätt som lärolaget har arbetat är att gemensamt utforska en del av distriktssköterskans verksamhetsfält, nämligen skol-

sköterskans arbete, och de har i en litteraturgenomgång undersökt dess tillämpning i Dosseys holistiska teori (Garmy m.fl., 2021).

För att arbeta personcentrerat i utbildningen ligger ett stort fokus på att skapa delaktighet med studenterna och att aktivt lyfta både de regelbundna skriftliga och muntliga utvärderingar som studenterna gör. Dessutom är programrådet ytterst betydelsefullt, där representanter från den verksamhetsförlagda utbildningen, studenter och lärare medverkar. Utifrån dessa möten har vi bland annat anpassat undervisningsformer – ska det vara filmer, undervisning på plats eller digitala föreläsningar? Olika undervisningsmoment och tidpunkter lämpar sig för varierande undervisningsformer. Vi har också lagt in regelbundna digitala moment som heter ”Frågestund med kursansvarig”. Detta moment har visat sig vara gynnsamt för både lärare och studenter. När studenterna vet om att det finns regelbundna träffar med kursansvarig lärare då de kan ställa frågor, minskar antalet mejl med frågor och studenterna känner sig tryggare.

Ett annat exempel på hur utbildningen strävar efter att vara personcentrerad är att studenterna i slutet av varje delkurs samt i slutet av programmet lämnar in en skriftlig reflektionsuppgift där de reflekterar över sitt eget lärande och över sin utveckling. Detta återkommande moment utgör sedan grunden för programexaminationen. Det visar sig i dessa reflektioner att även om studenterna uppnår samtliga lärandemål och alla kan kalla sig för specialistsjuksköterskor och distriktsköterskor, så har läranderesan varit olika för varje student. De har med sig vitt skilda erfarenheter, vilka har kunnat tas tillvara under utbildningen.

Dels har studenterna generöst delat med sig av sina erfarenheter i de regelbundna seminariegrupperna, dels har studenterna kunnat bygga vidare på sina tidigare kunskaper och erfarenheter i både den teoretiska och i den verksamhetsförlagda utbildningen. Reflektionsuppgifterna är också en möjlighet för oss i lärarlaget att få syn på utmaningar och möjligheter i programmet som ger oss förslag på utveckling av programmet. Ett utbildningsprogram får inte stagnera. Arbetet med personcentrerad undervisning innebär ständig utveckling och en lärorik samt meningsfull resa både för studenter och lärare. Nedan reflekterar

en student utifrån sina upplevelser av specialistsjuksköterskeutbildningen till distriktssköterska:

Utbildningen höll en röd tråd med personcentrerad vård genom alla kurser. Jag upplever att lärarna har tagit hänsyn till oss studenter på ett sätt där vi själva har fått göra olika arbeten utifrån vad som vi tycker är viktigt att beskriva och utveckla utifrån vilket perspektiv som ska belysas. När man frågar mig om utbildningen var som jag hade förväntat mig, så svarar jag både ja och nej. Jag hade förväntat mig mer praktiska moment, det känns som om man nu får lära sig det efterhand på sin arbetsplats. Det jag däremot har lärt mig som jag inte hade förväntat mig är allt runt omkring en person. Jag bildar mig nu en helhetsbild över patienterna och över deras sjukdomar, att se hela personen och hur viktig familjens betydelse är. Jag har blivit mer medveten om hälsoekonomi, att man försöker arbeta ekologiskt, socialt och ekonomiskt, hur alla delarna måste samverka för att få en hållbar utveckling. Jag kommer i mina rådgivande hälsosamtal om levnadsvanor använda mig mer av motiverande samtal, vilket jag inte gjort tidigare.

Erfarenheter från ett kandidatprogram i folkhälsovetenskap

Ett annat utbildningsområde är folkhälsovetenskap, där ett kollegialt samarbete på det distansbaserade kandidatprogrammet Folkhälsovetenskapligt program med inriktning beteendevetenskap, ledde fram till ett personcentrerat arbetssätt som en naturlig lärkultur. Den personcentrerade lärkulturen var inget medvetet val från början utan blev ett naturligt inslag när utbildningen togs fram och implementerades.

Det var ett litet lärarlag som under en period med hög arbetsbelastning, på grund av sjukskrivningar och pågående personalomsättning på avdelningen, tog sig an utmaningen att ta fram en ny utbildning med mycket hjärta och stort engagemang. Det lilla lärarlaget visade sig vara en fantastisk resurs i kombination med en systematisk innovationsprocess, karaktäriserad av kollegialitet, kommunikation, reflektion, dokumentation och gemensamt analysarbete.

Kollegialitet genom kommunikation och samarbete bidrog till att alla lärares olika erfarenheter och kompetenser användes på ett funktionellt

sätt i utvecklingsarbetet. Utvecklingsarbetet hämtade också stöd från ordinarie programråd, med student- och verksamhetsrepresentanter, samt det kontinuerliga kvalitetsarbetet för det då befintliga campusförlagda folkhälsopedagogiska kandidatprogrammet. Den ansträngda arbetssituationen för lärarylaget innebar att det var viktigt att använda samarbetet så smart som möjligt genom att ”rätt personer användes på ett bra sätt” i processen. Här bidrog alltså det kollegiala och kommunikativa samarbetet till personcentrering för att effektivisera utvecklingsarbetet. Processen innebar att utvecklingsarbetet växlade mellan tillfällen då alla deltog aktivt och perioder då ett fåtal lärare var verksamma i utvecklingsarbetet. En mindre arbetsgrupp konkretiserade exempelvis grundstrukturen för det nya programmet till en utbildningsplan som sedan diskuterades i lärarylaget och justerades ett par gånger innan det nya programmet var klart för implementering.

Det nya programmet implementerades successivt med stöd av en kollegial, erfarenhetsbaserad och reflexiv kommunikationsprocess. Denna implementeringsprocess inkluderade också ett studentperspektiv, genom att implementering och anpassning av kursernas genomförande i praktiken utfördes i dialog med studenterna fortlöpande i början av och vidare in i utbildningen av ansvariga mindre lärarteam. I denna dynamiska process kommunicerades erfarenheterna från kurserna öppet i lärarylaget spontant och som helhet vid formella programträffar, för att sedan användas som stöd för vidare implementering och genomförande av andra programkurser och valbara samt fristående kurser inom programområdet.

I processen växte det fram likheter men också skillnader mellan kursers genomförande, vilket väckte lärarylagets nyfikenhet att utforska ytterligare genom ett specifikt kvalitetsprojekt präglad av kollegial reflektion.

Projektet resulterade i en programövergripande pedagogisk profil vars personcentrerade lärkultur relaterades till att lärare behöver vara:

- engagerade och kommunikativa
- student- och lärandefokuserade
- facilitatorer snarare än experter
- tydliga, noggranna och välorganiserade

- kollegiala och samarbetsorienterade
- reflekterande utvecklingsorienterade pedagoger med ett aktivt akademiskt lärarskap i praktiken.

Samarbetet med tillhörande kommunikation och engagemang kan dock också vara en tidskrävande utmaning. Detta dynamiska och kollegiala arbetssätt passar inte heller alla lärare inom akademien, som traditionellt inneburit att lärarrollen i stället präglats av självständigt arbete där experter inom olika ämnesområden delar med sig av sin kunskap till studenterna. En sådan tradition innebär också att en del studenter förväntar sig en förmedlingspedagogik där de förhållandevis passivt kan ta del av lärares expertkunskaper.

Ett nära kommunikativt samarbete bidrar dock i huvudsak till reflektion, lärande och gemensamt ansvarstagande för utbildningen som helhet, med tillhörande kontinuerligt kvalitetsarbete i praktiken. Kollegialitet präglar också planeringen av vem som ska göra vad i utbildningen så att personalresurserna används så funktionellt som möjligt. Arbetet på kursnivå präglas också av kommunikation, reflektion och samarbete kring kursernas genomförande och kontinuerliga kvalitetsarbete. Lärares samarbete syns till exempel i de digitala rummen för undervisning, där olika lärarteam ofta genomför olika undervisnings- och examinationsgrundande moment tillsammans. Detta arbetssätt innebär att två eller fler lärare är med studenter i situationer präglade av kommunikation och reflektion tillsammans, vilket främjar utbildningens kvalitet på grund av det folkhälsovetenskapliga ämnesområdets komplexitet. Kollegialitet, samarbete och kommunikation är alltså en grundförutsättning för att utbildningens innovativa personcentrerade lärkultur ska kunna realiseras fullt ut med god kvalitet tillsammans med studenterna.

Studenters erfarenhet av utbildningsprogrammet

Nedan berättar två studenter om sina upplevelser av att ha genomgått utbildningsprogrammet som har den uttalade personcentrerade lärkulturen och vad den bidragit till för dem på olika sätt:

Under tre år som distansstudenter på det folkhälsovetenskapliga programmet med beteendevetenskaplig inriktning har vi

fått uppleva ett studentcentrerat lärande i praktiken. Man kanske kan tro att distansstudier kan präglas av långa ensamma dagar, där man utlämnas till sina egna förmågor och tankar. Det kan vi med bestämdhet dementera i förhållande till vår erfarenhet. Vår upplevelse är att utbildningen har genomsyrats av delaktighet, kommunikation, gemenskap och ömsesidig tillit – ett partnerskap som i allra högsta grad främjat såväl vårt lärande som vår hälsa.

Vi som studentgrupp har bjudits in och uppmuntrats att vara delaktiga i vårt eget lärande och utbildningens utformning. Detta kan exemplifieras med att vi vid kursintroduktioner har inbjudits till inflytande över kursernas upplägg, som i vilken takt som delprov ska publiceras på kursytan, eller i vilken omfattning frågestunder ska erbjudas. Lärarna har tagit vara på våra kursutvärderingar och i hög utsträckning beaktat våra utvecklingsförslag, vilket visat på deras tillit till studenternas kapacitet men också ett intresse av att utveckla utbildningen och inte hålla kvar i gamla mönster för sakens skull. Vi har blivit hörda, sedda och tagna på allvar, vilket gynnat motivationen till lärandet. Vi har betraktats som värdefulla personer med resurser och erfarenheter av värde. Våra förmågor och behov har inte bara fått utrymme utan på ett självklart sätt vävts in i kursernas olika delprov och moment. Det har funnits en maktbalans i relation till lärandet, där lärarna och studenterna kan få och tillåts ha ett utbyte med varandra.

Vår upplevelse är att den kontinuerliga kommunikationen mellan lärare och studenter har byggt goda relationer, vi har lärt känna varandra väl. Med stöd av dessa relationer har lärarnas kunskap om respektive student gett dem goda förutsättningar att stötta oss studenter på individnivå. Detta har märkts genom att återkoppling och kommentarer på våra delprov inte bestått av generella synpunkter om fel, utan varit grundliga, personliga och syftat till att utveckla vårt lärande.

Vi har sett fram emot att få vår feedback! Den öppna kommunikationen har också bidragit till att odla en stödjande kultur oss studenter emellan, vilket främjat peer-learning och gett ytterligare möjligheter att fördjupa vår kunskapsinhämtning.

Vi anser att denna typ av lärmiljö skapar reflexiva, kritiskt tänkande problemlösare som har förutsättningar att jobba med folkhälsa i ett brett perspektiv. Således har detta förhållningssätt inte bara gynnat oss som studenter utan också förberett oss inför ett kommande arbetsliv eller vidare studier. Vi har blivit skolade i att förflytta ämnesområdet till många olika sammanhang och lärarlaget har alltid omsorgsfullt och med uppriktigt intresse tagit vara på våra kreativa idéer och guidat oss respektfullt men med tydlighet. De har byggt vårt självförtroende och fått oss att tro på vår förmåga, vilket är en nyckel till det livslånga lärandet. Detta har varit särskilt viktigt för de studenter som, i likhet med oss, saknar tidigare akademisk erfarenhet. Vi har fått lära oss att lita på processen, ta ett steg i taget och tro på att nästa steg kommer bli tydligt när det föregående är taget.

Att reflektera över

- Vilken pedagogisk hållning har den verksamhet du arbetar inom? Vad innebär den i praktiken?
- Hur ser kollegialitet ut för er och vad bidrar den till?

Samskapandet av en personcentrerad lärkultur

Utifrån att vi nu gett en inblick i en personcentrerad hållning i utbildningsprogram och betydelsefullheten av kollegialitet på mesonivå går vi vidare och exemplifierar mötena som sker i en personcentrerad utbildningskontext. Vad är det som sker på mikronivån i själva samskapandet när lärare och studenter möts i läraaktiviteter? En utbildning ska locka till nyfikenhet för kontinuerligt lärande och fördjupning genom läraaktiviteter. Nyfikenheten främjar också ett livslångt lärande som ger meningsfullhet för studenten, både under och efter en utbildning. När studenten blir stärkt i ökade kunskaper, färdigheter och kompetenser om något som känns meningsfullt och användbart främjas också empowerment (egenmakt) för personlig och professionell utveckling. Den ökade egenmakten ger bättre förutsättningar för studenterna att bli anställningsbara efter avslutad utbildning och en stärkt förmåga att tillägna sig nya kunskaper i arbetslivet genom ett livslångt lärande framöver (Nilsson Lindström m.fl., *inskickad för publicering*).

I högre utbildning spelar studenter själva en central roll för sitt eget lärande. De förväntas vara nyfikna och engagerade, inte bara närvara passivt i läraaktiviteter, utan aktivt delta i diskussioner, grupparbeten och självständiga studier. När studenter tar ansvar för sitt eget lärande blir de proaktiva kunskapssökare som planerar sin tid, har en förmåga att sätta egna utvecklingsmål samt söker nya utmaningar efter identifierade behov. Men det är inte ett självklart förhållningssätt för alla studenter (De Backer m.fl., 2015). Många studenter kommer från utbildningskulturer där det är ovanligt att reflektera kring sitt eget lärande och det egna bidraget i en lärsituation. De blir frustrerade och tycker att det känns svårbegripligt. Vi lärare behöver därför tidigt i utbildningen samtala med studenterna om förväntningar, bemötande av varandra och vilken lärkultur vi vill ha tillsammans med dem. Det skapar en trygg lärmiljö som uppmuntrar diskussion och reflektion, samt att vi visar att relationer är viktiga för att fördjupa lärandet. Högre utbildning innebär en annan relation mellan lärare och student än exempelvis grundskolan, vilket också behöver resoneras kring. En relation där läraren fungerar som facilitator i stället för en traditionell expert kan stärka relationen ytterligare (Aspelin, 2023; Nilsson Lindström m.fl., *inskickad för publicering*).

En viktig del av lärandet är också att se sina studiekamrater som värdefulla resurser. Genom att lära tillsammans med andra förbättras inte bara den egna förståelsen, utan det skapas också en stödjande gemenskap där olika idéer och perspektiv får utrymme. Detta bidrar till en dynamisk lärandemiljö som gynnar både studenter och lärare (Qureshi m.fl., 2023). En annan betydelsefull del av mikronivån är studenternas åsikter och kontinuerliga engagemang i sin utbildning, vilket också är avgörande för att förbättra utbildningen på olika sätt. Studentengagemang är dock ofta en utmaning, vilket visar sig i låga svarsfrekvenser på kursutvärderingar och att det är svårt att få studenter att engagera sig utanför sina studier. Men genom att delta i kursutvärderingar och kvalitetssäkring kan studenter hjälpa till att anpassa undervisningsmetoder och kursplaner så att de bättre svarar mot nuvarande och framtida behov. Värdet med att engagera sig i sin utbildning behöver vi lärare tydliggöra och kommunicera bättre. Sammantaget bidrar alla möten, såväl informella som formella lärsituationer,

mellan studenter och lärare till ett samskapande av en personcentrerad lärkultur.

Erfarenheter från en läraktivitet i omvårdnad

Nedan beskrivs en lärares erfarenheter och funderingar kring sin egen lärarroll från en läraktivitet som handlar om personcentrerad omvårdnad i ett sjuksköterskeprogram.

Vi samlades i klassrummet för att samtala om personcentrerad omvårdnad. Studenterna var förväntansfulla, nyfikna och lite nervösa. Vi skulle titta på tre filmer om mötet mellan patienten och sjuksköterskan. Därefter skulle vi diskutera dem ur patientens perspektiv och ur sjuksköterskans perspektiv. Diskussionerna skulle utgå från personcentrerad omvårdnad ur båda perspektiven. Studenterna hade fått skriftlig information om fallen innan seminariet. Varje seminarium varade i två timmar och cirka 15 studenter deltog. Studenterna delades in i två grupper och de fick turas om att inta patientperspektivet respektive sjuksköterskeperspektivet.

Vi tittade på filmerna och därefter startade diskussionerna. Studenterna gavs utrymme att spekulera öppet och ohämmat. Den som hade ordet talade och övriga var tysta och väntade.

De öppna frågorna startade reflektioner hos studenterna och vi strävade efter ett klimat där det inte handlade om ifall någon hade rätt eller fel. Om jag kände att jag inte förstod vad de menade frågade jag i stället: *Vad var det som gjorde att du tänkte så? Eller vill du berätta mer om det?*

Studenterna närmade sig svåra samtalsämnen om patienternas behov av omtanke, tröst och förståelse. De var också bra på att förstå patienternas utsatthet. Studenterna kunde beskriva känslan av att vara i beroendeposition och hur de kan ge patienten stöd utan att patienten känner sig utlämnad och sårbar. Alla hade olika erfarenheter av vården. Många hade vårdats som patienter själva, medan andra hade erfarenheter som anhörig eller personal. Mångfalden i gruppen var betydelsefull för utvecklingen eftersom det tillförde många olika perspektiv till helheten.

Det personcentrerade mötet bygger på att förstå och möta andra personer utifrån deras utgångspunkt. Lärdomen från läraktiviteten blev att det är viktigt att vara öppen och ställa öppna frågor för att få nödvändig information. Studenterna kunde också ge alternativ till lösningar, därför behöver de tillåtas att vara aktiva, att reflektera självständigt och utveckla ny förståelse samt kunna förklara för andra. Målet är att studenterna ska utveckla egna kunskaper, eller skapa ny förståelse tillsammans med andra. Det handlar inte enbart om att förstå, utan snarare hur de förstår personcentrerad omvårdnad utifrån egna erfarenheter och vad de tar med sig i sitt livslånga lärande. Lärarens roll är således att skapa en atmosfär som ger möjlighet till utveckling av ett personcentrerat förhållningssätt.

I början hade jag som lärare en aktiv plats, men efterhand som studenterna tog mer plats blev min roll mindre och mindre. Jag strävade efter att inflika frågor som utmanade att tänka tankar som de inte hade tänkt tidigare. Jag sa: *Vad kan det bero på? Kan det finnas andra anledningar? Hur kan vi bemöta det som sjuksköterskor?* Jag fokuserade på att låta dem berätta om det som väckte engagemang genom att låta dem berätta om sina egna erfarenheter som patient, personal eller anhörig med inlevelse. Jag kunde se lust bland studenterna. Jag tror att det handlade om lust att delta, lust att utvecklas och lust att berätta för andra. Jag såg också hur lusten att förstå andra människor växte, som en magisk känsla av att bli lite lyrisk och bara vilja ge mer av sig själv.

Erfarenheter från examinationer om hälsokompetens

Nu går vi vidare till ett annat ämnesområde, nämligen folkhälsovetenskap, och får ta del av två lärares erfarenheter av att arbeta med studenternas utveckling av hälsokompetens. Arbete inom det folkhälsovetenskapliga verksamhetsområdet förutsätter insikt om egna hälsovanor och beteenden samt hälsokompetens (hälsolitteracitet) som ger kunskap och förmåga att fatta hälsosamma beslut. Den som i sin yrkesroll ska vägleda andra i olika hälsorelaterade frågor behöver, förutom ämneskunskaper inom området, också kunskap om förändringsprocesser och förståelse för människors olika förutsättningar att hantera hälsorelaterade utmaningar i vardagen. Studenter på det folkhälsovetenskapliga programmet med inriktning beteendevetenskap ges

därför möjlighet att inom ramen för examinationsgrundande moment arbeta med att utveckla sin egen hälsokompetens under utbildningen för att på ett bättre sätt kunna bemöta personer i sin kommande yrkesutövning.

Hälsokompetensen är i praktiken en återkommande självreflektion med hälsoinriktning som handlar om att medvetandegöra studenterna och därmed skapa förutsättningar för hälsa. Programslingan syftar till att främja reflektion gällande personlig hälsokompetens, både individuellt och i grupp, samt ger studenterna verktyg för att aktivt kunna skapa en positiv hälsoutveckling för sig själv och andra. För att stödja denna process integreras examinationsgrundande moment i hälsokompetens i olika kurser under utbildningen.

Studenterna möter hälsokompetensen för första gången i programmet andra kurs där de får en introduktion till vad hälsokompetens innebär, följt av en uppgift där de arbetar med självskattning av den egna hälsan och slutligen diskuterar sina skattningar i grupper. Hälsokompetensen återkommer sedan vid ytterligare två tillfällen under utbildningen och präglas även då av reflektion kring den egna hälsan samt av diskussioner med studiekamrater och lärare.

När studenterna först möter hälsokompetensen brukar majoriteten vara positiva till möjligheten att koppla teoretisk kunskap till sin egen hälsokompetens, men vissa kan också uppleva motstånd och ovilja att dela med sig av personliga erfarenheter. Studenterna uppmuntras därför genomgående att relatera till personlig hälsokompetens på ett sätt som känns relevant och bekvämt för dem själva. Utfallet har på ett övergripande plan blivit positivt och studenter brukar i början av utbildningen uppleva att hälsokompetensen är ett sätt för dem att lära känna varandra och komma varandra närmare. I slutet av utbildningen brukar de uttrycka tacksamhet över att hälsokompetens utgör en examinerande slinga i programmet och framföra värdet av denna kunskapsutveckling i relation till det kommande yrkeslivet.

Examinationsexemplet belyses nu i ljuset av en students upplevelser av hur det personcentrerade upplägget och arbetet med egen hälsokompetens påverkat hälsa och lärande.

Hälsokompetensslingan handlade för mig om att reflektera över min egen hälsokompetens för att upprätthålla god hälsa och välbefinnande i livet. Reflektionsprocessen innebar att jag fick möjlighet att förändra beteenden och vanor som har haft en negativ påverkan i min vardag. Jag valde exempelvis att fokusera på stress eftersom detta har utgjort en riskfaktor för mig. Min vardag har under utbildningen bestått av handbollsträningar, studier, föräldraroll och arbete, trots det har jag en tendens att tacka ja till nya saker. Jag är en ”ja-sägare” och det är inte alltid förenligt med hälsa. Hälsokompetensslingan har gett mig större förståelse för stressen och dess grundorsaker samt hur stressen påverkar min vardag, mina levnadsvanor och min hälsa. Möjligheten att få tid att reflektera över detta under min utbildning har gett mig verktyg att hantera stressen på ett bättre sätt.

Det har resulterat i att jag idag lever ett liv som är mindre stressigt, trots jag har lika många saker i min vardag. Genom att lära mig om grundorsaken till hälsorelaterade utmaningar i min vardag ökade möjligheten att anamma en förändring som är hälsosam och hållbar.

Att reflektera över

- Hur ser relationen ut mellan studenter och lärare i den verksamhet du arbetar inom?
- Hur arbetar ni med att samskapa en gemensam lärkultur som gör att ni kan utvecklas och växa tillsammans?

Värt att tänka på

Kapitlet har visat att en personcentrerad lärkultur inom högre utbildning kan stödjas på olika systemnivåer av pedagogiskt ledarskap, utvecklingsarbete och stödresurser med det gemensamma målet att både utbilda anställningsbara och kompetenta studenter redo för ett livslångt lärande, och att uppnå ett hållbart gott arbetsliv för akademins medarbetare. Ett sådant målmedvetet personcentrerat arbete på olika systemnivåer (makro, exo, meso och mikro) kan bidra till god kvalitet ur flera aspekter. Men för att en god kvalitet ska bli hållbar över tid krävs en tydlig konstruktiv länkning mellan alla systemnivåer, som stöds av gemensamma strukturer såsom en högskoleövergripande

pedagogisk profil som inkluderar en medveten pedagogisk hållning utifrån personcentrerade värderingar.

I alla möten på olika nivåer behövs god relationell kompetens (Aspelin, 2023) mellan såväl ledning och medarbetare som kollegor emellan och mellan studenter och lärare, för att tillsammans skapa en gynnsam lärkultur med ett personcentrerat förhållningssätt. Resonemanget stärks av det som Roxå och Mårtensson (2015) beskrivit som mikrokulturer, det vill säga sociala relationer som uppstår i olika sammanhang där människor möts. Den mikrokultur som de menar är mest välfungerande bygger på *tillit, delat ansvar och en gemensam utvecklingsagenda*. Ser vi utifrån värdena i en personcentrerad pedagogisk hållning så finns det fina beröringspunkter genom *respektfullhet, delat beslutsfattande och empowerment för att stödja utveckling eller förändring* (McCormack m.fl., 2013). Värden som vi ser är av betydelse på alla systemnivåer, både ur studenters och medarbetares lärandeperspektiv, eftersom de tar sig uttryck i det konkreta bemötandet och skapar där ett gott student- och arbetsliv samt god kvalitet på högre utbildning. Det är ett holistiskt, målmedvetet och systematiskt högskolepedagogiskt arbete som krävs för att tillsammans skapa en personcentrerad lärkultur, som bidrar till att både personer och verksamhet kan blomstra tillsammans!

Referenser

- Allan, J., & Clarke, K. (2007). Nurturing Supportive Learning Environments in Higher Education Through the Teaching of Study Skills: To Embed or Not to Embed? *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 19(1), 64–76.
- Aspelin, J. (2023). *Undervisningens ABC: God undervisning i relationell belysning*. Liber.
- Attard, A., Di Ioio, E., Geven, K., & Santa, R. (2010). *Student Centered Learning. An Insight into Theory and Practice*. Bucharest: Education and Culture DG, Lifelong Learning Programme.
- Barrineau, S., Engström, A., & Schnaas U. (2019). *An Active Student Participation Companion*. Avdelningen för kvalitetsutveckling – Enheten för universitetspedagogik, Uppsala universitet.
- Biggs, J.B., Tang, C., & Kennedy, G. (2022). *Teaching for quality learning at university*. (5 uppl.). Maidenhead: McGraw Hill, Open University Press.

- Bolander Laksov, K., & Scheja, M. (2020). *HE-educator teachership. SULF publications XLII, English version*. The Swedish Association of University Teachers and Researchers, Department of Education, Stockholm University.
- Bolander Laksov, K., & Scheja, M. (2023). *Dimensioner av akademiskt lärarskap – pedagogisk skicklighet är mer än undervisningsskicklighet*. Stockholm University.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of education*, (3), 37–43.
- Dossey, B.M. (2016). Nursing: Holistic, integral, and integrative—local to global. I Dossey B.M. & Keegan L. (red.), *Holistic nursing: A handbook for practice* (7 uppl. s. 3–52). Jones & Bartlett.
- ESG. (2015). *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area [ESG]*. Brussels, Belgium.
- Garmy, P., Clausson, E.K., Janlöv, A.C., & Einberg, E.L. (2021). A philosophical review of school nursing framed by the holistic nursing theory of Barbara Dossey. *Journal of Holistic Nursing*, 39(3), 216–224.
- Jons, L. (2008). *Till-tal och an-svar. En konstruktion av pedagogisk hållning*. [Doktorsavhandling, Pedagogiska Institutionen, Stockholms universitet].
- London Communiqué. (2007). *Towards the European Higher Education Area: Responding to Challenges in a Globalised World*. London, UK.
- McCormack, B., McCance, T., & Maben, J. (2013). Outcome evaluation in the development of personcentred practice. I: McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A. (red.), *Practice Development in Nursing*. (2 uppl.). Oxford: Wiley-Blackwell, 190–211.
- Nilsson Lindström, P. Bringsén, Å., Melén, M., & Ooms, A. Creating and supporting a student-centered educational culture at a Swedish university with two models: Holistic University Systems for Student-Centered Education Culture (HOLUS) and Co-Created Student-Educator Engagement Model (CO-SEEM). *Inskickad för publicering*.
- Plantin Ewe, L., & Fjelkner Pihl, A. (2024). Relational competence in higher education – a systematic review. *Cogent Education*, 11(1).

- Qureshi, M.A., Khaskheli, A., Qureshi, J.A., Raza, S.A., & Yousufi, S.Q. (2023). Factors affecting students' learning performance through collaborative learning and engagement. *Interactive Learning Environments*, 31(4), 2371–2391.
- Rogers, C.R. (1969). *Freedom to learn: a view of what education might become*. Columbus, Ohio: Merrill
- Roxå, T., & Mårtensson, K. (2015). Microcultures and informal learning: a heuristic guiding analysis of conditions for informal learning in local higher education workplaces. *International Journal for Academic Development*, 20(2), 193–205.

Om författarna

Petra Nilsson Lindström (kapitelredaktör) är docent och biträdande professor i hälsovetenskap samt meriterad lärare vid Högskolan Kristianstad. Hon är även prodekan för fakulteten för hälsovetenskap och har flera högskoleövergripande uppdrag och undervisar på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå. Hennes forskning omfattar hälsofrämjande personcentrerade insatser med fokus på empowerment och hon handleder också flera doktorander som har projekt som berör personcentrering. Petra leder den högskolepedagogiska forskargruppen HERD@HKR (Higher Education Research and Development).

Åsa Bringsén är folkhälsovetenskap och universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hon har i många år undervisat i olika utbildningsprogram och har, både som lärare och i olika ledningsroller, arbetat med pedagogiskt utvecklingsarbete. Hon är även verksamhetsrepresentant i högskolestyrelsen. Hennes forskning inom det hälsovetenskapliga området är tvärvetenskaplig, salutogen samt deltagarorienterad och bedrivs därför verksamhetsnära med fokus på resurser för hälsa och hälsopromotion, vilket inkluderar begreppen lärande, empowerment och personcentrering.

Pernilla Garmy är leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska med inriktning öppen hälso- och sjukvård för barn och ungdomar samt professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad. Hon leder forskningsmiljön Children's and Young People's Health in Social Context – CYPHiSCO som samlar forskare med intresse för barn och ungas hälsa och välmående. Pernilla undervisar i forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för

hälsa och välbefinnande och handleder flera doktorander inom området personcentrering.

Maria Melén är fil. dr i organisationspsykologi och högskolepedagogisk utvecklare vid Högskolan Kristianstad. Utöver att undervisa i kurser inom högskolepedagogik, leder hon den högskolepedagogiska akademien med pedagogiskt meriterade lärare och är medlem i ledarskapsakademien. Maria bedriver även forskning och leder forskargruppen HERD@HKR (Higher Education Research and Development). Hennes arbete med akademisk utveckling och forskning syftar till att stödja kollegors professionella utveckling.

Sunniva Müller Rasmussen är alumn från det folkhälsovetenskapliga programmet med inriktning beteendevetenskap på Högskolan Kristianstad och tog sin examen i juni 2024. Hon är nu student på masterprogrammet i socialt arbete med inriktning hälsofrämjande arbetsliv vid Högskolan i Gävle.

Simone Nilsson är alumn från det folkhälsovetenskapliga programmet med beteendevetenskaplig inriktning vid Högskolan Kristianstad och tog sin examen i juni 2024. Hon har därefter varit engagerad i programmet genom inspirationsföreläsningar och studentmässor. Utöver detta driver Simone en idrottsförening i Kristianstad som vill skapa bättre förutsättningar för människor i socioekonomiskt utsatta områden genom att fokusera på fysisk aktivitet, delaktighet, rörelse, gemenskap och trygghet.

Sofie Persson är leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska med inriktning distriktssköterska och alumn från distriktssköterskeprogrammet vid Högskolan Kristianstad. Hon tog sin examen 2024. Hon arbetar nu som skolsköterska i Svalövs kommun.

Anna Pålsson är leg. sjuksköterska och universitetsadjunkt i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hon undervisar främst i sjuksköterskeprogrammet och är modulleddare i Imagine innovationsteam. Hon har även varit delaktig i utvecklingen av högskolepedagogiska kurser om studentcentrerat lärande och normkritisk pedagogik och är en av initiativtagarna till nätverket för jämlikhet och inkludering vid HKR.

Johanna Sjöbeck är universitetsadjunkt i folkhälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad och undervisar på det folkhälsovetenskapliga programmet med beteendevetenskaplig inriktning och på Sjuksköterskeprogrammet. Hon har arbetat i olika hälsofrämjande

projekt med fokus på till exempel arbetsrelaterad hälsa, pedagogiska projekt samt internationella projekt om utseende och kropps-
uppfattning.

Theres Widgren är alumn från det folkhälsovetenskapliga programmet med inriktning beteendevetenskap vid Högskolan Kristianstad och tog sin examen 2024. Hon är nu student på masterprogrammet i socialt arbete med inriktning hälsofrämjande arbetsliv vid Högskolan i Gävle.

Cáassandra Winther är universitetsadjunkt i folkhälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad och undervisar på det folkhälsovetenskapliga programmet med beteendevetenskaplig inriktning. Hon är engagerad i frågor som rör inkludering, jämlikhet och social hållbarhet, både inom undervisningens ramar och i ett bredare samhällsperspektiv. Cáassandra har praktisk erfarenhet av hälsofrämjande arbete på grupp- och individnivå med särskilt fokus på relationer och personlig utveckling.

14 Att rusta studenterna för personcentrering

Malin Sundström, Sara Alenius, Gunilla Andrén-Sandberg, Lisa Axelsson, Ingela Beck, Lina Behm, Emma Edberg Matei, Anna Edvinsson, Julia Hansson, Helena Larsson & Marina Sjöberg

Inledning

Att utbilda sig till en profession innebär för de allra flesta både en personlig och professionell utveckling. Flera professioner förutsätter samtalsträning och reflektion över hur vi som professionella är i mötet med personer med olika hälsoutmaningar, men också i mötet med medarbetare i teamet. Att vara personcentrerad i mötet med andra innebär ofta ett medvetet förhållningssätt. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att ha respekt för personen med hälsoutmaningar och hans behov, önskemål och resurser. Det handlar om att vara grundad i sina värderingar, både som person och i sin professionella roll. Att vara grundad i sina värderingar är centralt för att kunna möta den andra personen med öppenhet och fokus på den andres värderingar och kunna skapa ett informerat medbestämmande. På liknande sätt handlar det om att kunna möta sina medarbetare och kollegor, med samma eller annan profession, med öppenhet för deras resurser och synsätt, allt i syfte att göra gott och ge en personcentrerad vård.

Det finns flera pedagogiska sätt att främja reflektion och utveckling av handlingsberedskap, liksom att öka den egna medvetenheten om sina värderingar och personcentrerat förhållningssätt. I detta kapitel ges exempel på några sådana undervisningsinslag från ett lärosäte. Kapitlet vänder sig främst till dig som bedriver undervisning inom högre utbildning, men kan läsas av alla som är intresserade av att utveckla ett personcentrerat förhållningssätt.

”Vi arbetar redan personcentrerat”

Inte sällan hörs denna kommentar som en motivering till att personcentrering redan existerar i verksamheten. Ekman med flera (2011) lyfter i stället att det snarare är i de samtalen som personcentrerade

värderingar behöver uppmärksammas hos medarbetarna och i verksamheten. Personcentrerad vård finns inskriven i flertalet av de lagar som styr hälso- och sjukvården och är därmed inget som en medarbetare eller en verksamhet kan välja bort. Även i våra lagar finns underliggande värderingar som medarbetare i hälso- och sjukvård ska beakta (Hälso- och sjukvårdslagen, 2017; Patientlagen, 2014; Patient-säkerhetslagen, 2010). I många verksamheter inom vården, men också på landets lärosäten med vårdutbildningar, är frågan om person-centrering ständigt aktuell. På det lärosäte som exemplen i detta kapitel är hämtade från, är personcentrering på olika sätt inbyggd i undervisning, liksom i utbildningsplaner och kursplaner som är de styrande dokumenten. Trots personcentreringens förankring är det inte alltid en självklarhet. Precis som i vården utmanas medarbetare på olika sätt. Tidspress kan vara en sådan utmaning, organisatoriska förutsättningar en annan. När vi utmanas är dialog och reflektion särskilt betydelsefullt, men när det saknas tid och utrymme för reflektion och eftertanke kan detta få stå tillbaka. Det kan då finnas risk att falla tillbaka på vanor och rutiner där personen som ska vara i fokus i stället hamnar i skuggan. Därför behöver dialogen om personcentrering vara levande och närvarande i våra samtal.

Att träna i att samtala på personcentrerad grund

Samtal människor emellan kan te sig på många olika sätt. Samtal med familj och vänner i vardagen skiljer sig ofta mot de samtal som sker när vi deltar i egenskap av vår yrkesroll. Sådana samtal sker mellan en person som är i sin yrkesroll och en person med hälsoutmaningar. I dessa samtal är det den som är i sin yrkesroll som har huvudansvar för samtalet och för att försöka förstå den andres behov, vad som är viktigt och vad som upptar personens tankar. Det innebär också att vara medveten om sina egna behov för att försöka hålla tillbaka dessa i samtalet. De egna behoven kan handla om att vilja göra gott genom att exempelvis trösta, lösa problem och ge råd, vilket kan vara bra i sig. Men samtal som strävar efter att vara vårdande handlar snarare om medvetenhet, närvaro i samtalet och att stämma av sin tolkning av samtalet med den person som berättade. Det är inte så enkelt som det kan låta, utan förutsätter ofta att personen som är i sin yrkesroll är medveten om, och har tränat sig i, att vara personcentrerad.

Vad innebär personcentrerade samtal?

Möten i vården mellan personal och personen med hälsoutmaningar kan bidra till välbefinnande och delaktighet och på så sätt vara hälsofrämjande. Utgångspunkten i mötet är samtalet, det vill säga det som sägs med ord eller tystnad, men också med kroppsspråk, ögon och beröring. Förhållningssättet är centralt för hur ett möte upplevs. En utgångspunkt för att ett samtal ska bli hälsofrämjande är att det skapas en relation mellan de personer som har samtalet. Inom vården kan det ofta vara en utmaning att få utrymme att skapa och vara i en relation, särskilt när vårdkontexten karakteriseras av ett högt tempo och olika uppgifter som ska utföras.

En förutsättning för personcentrerade samtal är att vara rustad att möta känslomässiga och existentiella frågor. För att prata om sådana frågor behöver en vara medveten om vad en själv upplever som känsligt att prata om, för att inte låta detta vara styrande i samtalet med den andre. Det är inte ovanligt att vi undviker att fråga om eller svara an på signaler från den andre för att vi utgår från oss själva och därför tror att den andre inte vill prata om ett särskilt ämne. Det handlar ofta om känslor som kan uppfattas som negativa, såsom oro, ledsenhet, skuld och skam, men också frågor av existentiell karaktär som existentiell ensamhet, sorg eller död. Därför kan en medvetenhet om egna känslor och värderingar ge en ökad självkänedom. Det kan också ge ökade förutsättningar att möta en annan person som en annan än mig själv, och lyssna in personens tankar, känslor och värderingar. Filosofen Martin Buber beskriver betydelsen av att se den andre som en medmänniska som är en annan än mig själv och som jag anstränger mig för att förstå (Buber, 1994). Med hjälp av ökad självkänedom främjas även förutsättningarna att förförståelsen, det vill säga den förkunskap som styr hur vi ser på verkligheten och omgivningen runtom oss, inte styr oss på samma sätt.

Det är vanligt att personer som är i behov av vård och omsorg ger uttryck för det som bekymrar dem som vaga ledtrådar (Sundler m.fl., 2017). Det kan göra det svårare för andra, till exempel vårdpersonal, att uppmärksamma och möta personens tankar och känslor (Sundler m.fl., 2016). För att samtala om känslomässiga och existentiella frågor behöver en ta vara på de tillfällen som ges för samtal. Ett sådant tillfälle

kan exempelvis vara när sjuksköterskan utför uppgifter hos patienten som omläggning av ett sår. Det kan oväntat komma en ledtråd till en inbjudan om ett samtal om känslomässiga eller existentiella frågor från patienten som sjuksköterskan kan svara an på. Det kan låta så här: ”Undrar hur det blir sen när jag blir sämre?” ”När du blir sämre? berätta hur dina tankar går ...” För att fånga en sådan inbjudan är förmågan att sätta sig in i en annan persons perspektiv avgörande. Det handlar om att känna av och känna in när och hur mycket den andra vill och orkar berätta eller när personen känner sig klar med berättelsen. För att sådana samtal ska bli till behöver en se personen som hen är, med alla sina behov, resurser och önskemål. Sådana personcentrerade samtal behöver en träna sig i, och här är träning i samtal på personcentrerad grund ett sätt.

Träning i samtal på personcentrerad grund i utbildning

I sjuksköterskeutbildningen vid Högskolan Kristianstad genomförs samtalsträning på personcentrerad grund. För studenter på grundnivå är det en pågående träning i samtal som sker enligt en modell med fem moment som är återkommande under de terminer där samtalsträningen sker:

- Det *första* momentet handlar om att studenterna får ta del av teoretiska utgångspunkter för ett personcentrerat förhållnings-sätt i samtal. Det gör studenterna genom att bland annat ta del av förinspelade föreläsningar om olika teorier och litteratur.
- Det *andra* momentet innebär samtalsträning som studenterna genomför i par. De samtalstränar utifrån situationer som de fått presenterade för sig, samtalet ljudinspelas och ljudfilen skickas in till lärarna efteråt.
- Det *tredje* momentet sker efter samtalsträningen och går ut på att studenterna som genomfört samtalet lyssnar igenom, reflekterar över, granskar och analyserar samtalet utifrån en granskningsmall.
- Det *fjärde* momentet innebär att ta del av en generell återkoppling på den genomförda samtalsträningen. Återkopplingen baseras på reflektionerna och ljudfilerna som studenter-

na har skickat in och presenteras med konkreta exempel från samtalsträningen. För att det ska skapa lärande och reflektion även i detta moment, väljs exempel ut som kan handla om sådant som varit personcentrerat i samtalen, men också om sådant som är viktigt att uppmärksamma eller som skulle kunna göras annorlunda i ett samtal.

- Det *femte* momentet innebär en reflektion över det egna samtalet och i relation till den generella återkopplingen. Reflektionen lämnas in som en skriftlig inlämningsuppgift. För en översikt av de olika momenten i samtalsträningen, se figur 1.

Figur 1. Beskrivning av de fem momenten i träningen av samtal på personcentrerad grund.



Hur skapas progression i samtalsträningen?

För att uppnå progression och utveckling i att samtala personcentrerat är träningen ett återkommande moment för studenter under deras grundutbildning. Att samtala på personcentrerad grund är en förmåga som behöver tränas och hållas vid liv. Under de första tre terminerna har samtalsträningen fokus på vårdande samtal för att främja den andres välbefinnande och förmedla tröst genom att uppmärksamma känslor och existentiella aspekter som kommer till uttryck i samtalet. I den senare delen av utbildningen tränar studenterna även på att uppmärksamma behov och problem i mötet med personer med hälsoutmaningar för att de tillsammans ska planera för hälsofrämjande och lindrande åtgärder (se t.ex. Öhlén & Friberg, 2023). För att ytterligare fördjupa förmågor och färdigheter används ramverket för personcentrerad vård av McCormack och McCance (2017) som en av utgångspunkterna i

föreläsningarna under samtliga terminer, men med olika tyngd och fokus på delarna i ramverket.

I föreläsningarna presenteras även andra teoretiska och filosofiska utgångspunkter för att ge en teoretisk förankring och djup i samtals-
träningen. Det handlar exempelvis om att skapa förståelse för vad som styr oss i samtalet och att förstå betydelsen av ömsesidigheten i ett möte ur ett relationsfilosofiskt perspektiv (Buber, 1994). Andra teoretiska utgångspunkter handlar om att förklara hur vi kan undvika missförstånd genom att förstå verbala och icke-verbala handlingar ur ett interaktions-
teoretiskt perspektiv (Orlando, 1961) och att förstå samtalsmönster för ömsesidighet och delaktighet. Vi ger också en teoretisk beskrivning av betydelsen av att uppmärksamma personers behov inom palliativ vård på ett strukturerat sätt. För en beskrivning av innehåll och progression och hur studenterna tränas successivt under utbildningen, se figur 2.

Figur 2. Beskrivning av innehåll och progression i träning i samtal på personcentrerad grund.



Under termin ett (steg 1 i figur 2) är fokus på grunderna i personcentrerad vård och innebörden i personbegreppet. Särskilt ägnas tid åt de personcentrerade resultat och personcentrerade processer som beskrivs i ramverket av McCormack och McCance (2017). Vi presenterar Orlandos interaktionsteori för studenterna och visar hur den kan användas för att undvika missförstånd genom att stämma av tolkningen av det en hört och sett genom att berätta för den andre vilka

tankar och känslor som det väckte (Orlando, 1961). Det kan låta så här: ”När jag hör dig berätta om din situation tänker jag att du har det stressigt och jag blir orolig för hur det påverkar dig. Stämmer det att du känner dig stressad?” ”Nej, du behöver inte vara orolig för mig, jag är inte särskilt stressad men det var skönt att få berätta för dig.” Vi lyfter fram hur vi i samtal ofta styrs av vår förförståelse, våra egna rädslor som kan leda till att vi undviker det som kan vara känsligt och blir ett hinder för samtal om känslomässiga och existentiella frågor (Bullington m fl., 2019).

Under termin två (steg 2 i figur 2) är fokus på personcentrerade processer. Vi presenterar Bubers relationsfilosofi. Studenterna får lyssna på en ljudfil som innehåller ett konkret exempel på betydelsen av att vara närvarande i samtal för att kunna svara an på en annan persons signaler om önskemål och behov att samtala om existentiella frågor om liv och död.

Under termin tre (steg 3 i figur 2) är fokus på förutsättningar för personcentrerad vård. Ett särskilt fokus läggs på betydelsen av att bli klar över sina egna och andras värderingar och hur värderingar avspeglas i samtal. För att synliggöra detta visas en kort filmsekvens om en äldre kvinna som berättar om erfarenheter av att inte bli tagen på allvar och sedd som den person hon är av vård- och omsorgspersonal.

Under termin fem (steg 4 i figur 2) är fokus på att uppmärksamma behov inom palliativ vård genom att låta personen berätta om upplevda problem, resurser och behov. Här får studenterna samtalsträna genom att använda ett skattningsformulär, IPOS (Integrated Patient care Outcome Scale), som underlag för samtal. I samtalet ska personen skatta och berätta om sina problem, resurser och behov (Beck m.fl., 2017). I detta moment får studenterna, antingen under eller efter samtalet, träna på att tillsammans med personen planera för hälsofrämjande och lindrande åtgärder.

Att ge återkoppling efter samtalsträningen

För att studenterna ska ha nytta av den behöver återkopplingen efter samtalsträningen vara genomtänkt och konstruktiv, något som kräver tid och reflektion från lärarna (Beck m.fl., 2022). Studenterna lämnar

in samtalet som en ljudinspelning tillsammans med en granskning och en skriftlig reflektion över det samtal som de genomfört i par. Det ger lärarna möjlighet att välja ut lämpliga inlämningar för att illustrera svårigheter och möjligheter, men också ge goda exempel. En viktig aspekt är att samtliga inlämningar som tas upp som exempel avidentifieras för att värna studenternas integritet, men också för att inte någon ska känna sig osedd. Vi ser samtalsträning som just träning, inte som en prestation. Den återkoppling som studenterna får sker i form av ett samtal mellan två av lärarna, som ett samtal *om* samtalsträning. Exempelvis skrivs korta sekvenser av de ljudinspelade samtalen ut, vilket ger lärarna möjlighet att illustrera samtalet men också att göra mindre förslag till ändringar för att det skulle kunna upplevas än mer personcentrerat. I återkopplingen brukar vi som lärare även berätta om egna erfarenheter, både lyckade och mindre lyckade samtal.

Utveckling av personcentrerade samtal – ett lärarperspektiv

Studenter kan i början av utbildningen uttrycka att samtal är en självklarhet, något de anser sig behärska och som inte behöver övas genom simulerade situationer. Vartefter upptäcker många studenter dock komplexiteten i det personcentrerade samtalet genom att de får ta del av föreläsningar och praktiska exempel. Som lärare upplever vi en nervositet från studenterna över att deras samtal ska granskas; det finns en rädsla för att göra fel genom att inte säga rätt saker. Därför är relationell återkoppling med fokus på lärandet viktig. Det gör vi genom att visa konkreta exempel och skapa igenkänning från andra inspelade samtal. I återkopplingen kan relationen mellan teori och praktik synliggöras och interaktionen mellan parterna i samtalet illustreras baserat på verkliga samtal. Exempelen som studenterna får ta del av är korta utdrag ur samtal, och vi understryker att det kan låta på ett helt annat sätt i samtalet innan och efter utdraget. Som lärare känns det betydelsefullt att få ta emot studenternas samtal och ge återkoppling med fokus på utveckling. I reflektionen som lämnas in uttrycker många studenter att de först tyckte att de hade utfört ett personcentrerat samtal, men genom att lyssna på, och granska, samtalet blir de medvetna om både sådant som blev bra och sådant som skulle kunna göras på ett annat sätt. De reflekterar även över att det har varit en nyttig och lärorik övning som de ser fram emot att få fördjupa sig mer i under utbildningen.

Eftersom det personcentrerade samtalet är ett återkommande moment under utbildningen skapas utrymme för progression. Studenterna ges möjlighet att träna på att lyssna på personens berättelse och beskriver i reflektionerna vilken utmaning det är att hålla sig i bakgrunden och låta personen sätta ord på sin situation och hitta sina egna lösningar. Studenterna blir allt eftersom medvetna om att det finns en inneboende vilja och önskan hos oss som människor att vilja hjälpa till och att lösa problem. Efterhand upplever vi att studenterna utvecklas, vilket innebär att studenterna lär sig att släppa sin förförståelse och sin uppfattning om vad som är personens behov och i stället möta personen med hälso-utmaningar där hen är och låta personen själv sätta ord på det som känns betydelsefullt. Studenterna blir modigare och mer motiverade att samtala på personcentrerad grund, vi ser både en personlig och en professionell utveckling. Detta stämmer väl överens med studenternas egna skriftliga reflektioner om samtalsträningen. Ett ytterligare perspektiv är att lärarna själva blir mer medvetna om sitt eget sätt att kommunicera, och det finns något lärande i att ge återkoppling. Att få vara en del av studenternas lärandeprocess kan på så vis bidra till en utveckling av samtalsträningen.

Studenters erfarenheter av att delta i samtalsträning

Studenters erfarenhet av att genomföra samtalsträning upplevs överlag positivt. I studenternas utvärdering av samtalsträningen beskrivs den som utmanande, rolig och utvecklande. Studenterna upplever att de blir rustade inför sin framtida yrkesroll som sjuksköterska. Genom samtalsträningen får de möjlighet att se sina egna styrkor och svagheter genom att lyssna på inspelade samtal, men också genom att få återkoppling av lärare. Studenterna beskriver i sina reflektioner att de får syn på delar av samtalet där de varit personcentrerade, men också på delar av samtalet som inte var personcentrerade.

... just det här hur man själv pratar, när man lyssnar på sig själv efteråt, hur man själv låter i en sådan situation och hur man faktiskt svarar någon annan liksom, för att det är så lätt att tänka att ja, men så här gör jag och det här är jag bra på, och sen när man själv sitter och lyssnar på det så inser man att det kanske inte är så, så man lär sig väldigt mycket av det.
(Student i termin 1)

Studenterna upplever att samtalsträningen utmanar deras förmåga. De blir medvetna om att hålla tillbaka sig själva och inte vara de som tar mest utrymme i samtalet. En utmaning för många studenter är också att hålla tillbaka i stället för att erbjuda färdiga lösningar. En insikt som de beskriver är att det är tillåtet med tystnad för att ge samtalspartnern utrymme och tid för eftertanke.

... men när jag reflekterar själv över hur jag ... vad jag kommer med för förslag och sånt, så är det så här, ja, men jag är ganska snabb på det och liksom bara så här, ja, men gör så här och har ni tänkt på detta och liksom kommer med en lösning ... men att tänka efter, jag behöver inte alltid vara det, ibland bara höra vad de har att säga och kanske bara finnas där liksom, att det ... mmm, det är någonting jag jobbar på och det har jag fått med mig väldigt mycket från utbildningen, att det är okej. (Student i termin 1)

Reflektionerna som är en del av färdighetsträningen upplevs givande och medvetandegjorde hur studenterna själva agerade i samtalet.

... alltså när man skulle lyssna på det vi hade spelat in och sen reflektera över det tyckte jag var helt otroligt så mycket jag i alla fall lärde mig, alltså bara hur min röst låter, vilket tonläge jag använder, vilka pauser jag har, om jag låter osäker eller om jag låter lite högfärdig, vilket jag faktiskt gjorde också, och det tyckte jag var riktigt, riktigt bra, det var bland det bästa i hela övningen, just när man fick reflektera över hur våra samtal hade fungerat. (Student i termin 3)

I den senare delen av utbildningen använder studenterna skattningsinstrumentet IPOS som samtalsguide. De får möjlighet att träna på hur frågor om existentiella aspekter kan ställas, även om det är utmanande att samtala om sådana saker.

... de här mer ingående frågorna om personen, det är dem jag tycker är jobbigast, existentiell sårbarhet liksom. Hur man känner med döden och om man är rädd liksom. (Student i termin 5)

Träning i samtal på personcentrerad grund i praktiken

Ett exempel på träning i samtal på personcentrerad grund i vård- och omsorgsverksamheter har genomförts inom det EU-finansierade projektet Alone. Projektet hade fokus på existentiell ensamhet hos äldre personer och syftade till att utveckla en utbildning som riktade sig till vård- och omsorgspersonal i olika europeiska länder. Projektet omfattade litteraturstudier inom området och intervjuer med vård- och omsorgspersonal i Sverige, Polen, Litauen, Rumänien och Italien (Edberg m.fl., 2023; Renn-Žurek m.fl., 2020). Baserat på resultatet från studierna togs ett utbildningsprogram med vissa nationella anpassningar fram. Utbildningsprogrammet, som är fritt tillgängligt, består av teori, praktisk träning och reflektionstillfällen och omfattar: 1) Teori om personcentrering, ålderism och andlighet, 2) Olika former av ensamhet, 3) Konsten att lyssna och förmågan till empati, samt 4) Praktisk träning i samtal om känslomässiga och existentiella aspekter. Sjuksköterskor i kliniska verksamheter inom vård och omsorg har testat utbildningsprogrammet och tycker att utbildningsmaterialet är relevant och användbart för personal inom vård och omsorg till äldre personer. Utbildningsmaterialet finns tillgängligt på sex olika språk via: www.aloneproject.eu.

Att reflektera över

- Finns det förutsättningar för studenterna att ha personcentrerade samtal när de kommer ut i verksamheterna, antingen på verksamhetsförlagd utbildning (VFU) eller som ny i sin profession?
- Är verksamheterna dit studenterna ska komma, antingen som student eller som färdigutbildad, rustade för existentiella samtal? Om inte, vad behövs för att rusta medarbetare och verksamheten för existentiella samtal?

Att vara personcentrerad i samtal om levnadsvanor

Samtal om levnadsvanor ställer särskilda krav på personcentrering, eftersom levnadsvanor är en del av vår person. Att samtala om levnads-

vanor kan därför vara känsligt och förutsätter ett personcentrerat förhållningssätt med respekt och ödmjukhet för personen med hälsoutmaningar och hens behov, önskemål och resurser. En litteratursammanställning av 20 vetenskapliga artiklar om sjuksköterskors upplevelse av kompetens inom samtal om levnadsvanor visar att kompetensen består av att stödja en hälsosam livsstil och innefattar 1) kunskap om levnadsvanan, 2) att identifiera ohälsosamma levnadsvanor samt 3) kompetensen att motivera till förändring (Oikarinen m.fl., 2024). Dessa tre delar har fokus på att involvera personen till delaktighet, att lyfta personens egna önskemål och möta personen där hen befinner sig.

Nedan följer ett exempel från ett lärosäte på hur sjuksköterskestudenter rustas med kompetens att stödja en hälsosam livsstil genom att under sin utbildning genomföra verksamhetsförlagd utbildning på en studentledd hälsomottagning, Hälsopunkten. Den studentledda hälsomottagningen är tillgänglig för allmänheten och ger ökad tillgång till hälsokontroller för allmänheten, mer tid för samtal om hälsa samt kostnadsfri rådgivning och stöd i att förändra sina levnadsvanor och därmed sin hälsa.

Träning i samtal om levnadsvanor under utbildningen

När det gäller förmågan att samtala om levnadsvanor visar studier att sjuksköterskor lär sig bäst genom aktiv och verklig träning (Fontaine m.fl., 2019). För att utveckla denna förmåga behöver sjuksköterskestudenter få möta patienter och ges möjlighet att träna på att ställa frågor om levnadsvanor och att ge råd som är personcentrerade i relation till personens behov och resurser. För att få tilltro till sin förmåga och hantera den, är det viktigt att få ställas inför situationen. Enligt Bandura (1994), som utvecklat teorin om self-efficacy, det vill säga tron på den egna förmågan att slutföra en uppgift och kunna nå ett mål, räcker det inte med kunskap och skicklighet. Tron på den egna förmågan att lyckas utföra en uppgift påverkar om aktiviteten faktiskt utförs eller inte. Bandura (1994) beskriver totalt fyra källor till self-efficacy, av vilken den första, mastery experience, det vill säga egna erfarenheter av att lyckas, är den viktigaste. Den andra källan är observationsinläring (eng. vicarious experiences), vilken innebär att tilltron till den egna förmågan påverkas genom att observera andra som

genomför uppgiften. Den tredje källan, verbal övertygelse (eng. verbal persuasion), innebär feedback från någon annan, och den sista källan, det fysiska och psykiska tillståndet (eng. physiological and affective states), påverkar även det hur personen bedömer sin förmåga.

På den studentledda hälsomottagningen Hälsopunkten ges studenter möjlighet att förbättra sina kunskaper om levnadsvanor och träna sina kommunikations-, samarbets- och ledarskapsförmågor. I ett utbildningssammanhang visar den studentledda mottagningen att det går att skapa fler tillfällen till praktisk erfarenhet än enbart den VFU som sker i klinisk verksamhet inom regioner och kommuner. På Hälsopunkten är utgångspunkten teoretisk kunskap. Därefter skapas en miljö där studenternas praktiska träning utgår från forskningsbaserad kunskap. Syftet är att rusta studenterna att bli trygga och ha tilltro till den egna förmågan.



Att samtala personcentrerat med motiverande samtal

För att samtalet om levnadsvanor ska vara personcentrerat är det centralt hur samtalet förs. Kärnan i det personcentrerade samtalet är att lyssna och identifiera erfarenheter, resurser och behov för att förstå *vem* snarare än *vad* personen är (Ekman, 2020). Motiverande samtal (MI) kan beskrivas som ett sätt att översätta det personcentrerade synsättet till praktik (Zoffmann m.fl., 2016). Grundläggande delar i MI handlar om att *engagera*, vilket innebär att lyssna på personen och skapa en god relation; att *fokusera*, vilket innebär att utforska personens agenda; att *framkalla*, vilket innebär att framkalla och stärka personens motivation till förändring, samt att *planera*, vilket innebär att göra en plan, att stärka den och stödja förändringsprocessen. I de olika faserna har MI

tydliga verktyg, eller som Miller och Rollnick (2013) beskriver det, färdigheter, enligt följande:

- Genom *att fråga* patienten i stället för att tala om vad som behövs, kommer patientens egna erfarenheter och kunskap om sig själv till nytta. Öppna frågor som ger patienten möjlighet att tänka till och reflektera kan öppna upp för den egna viljan och egna idéer.
- *Att lyssna* kräver noggrann uppmärksamhet och sökande efter mening i det som sägs.
- *Att kunna reflektera* och förmedla förståelsen tillbaka till patienten genom att spegla tillbaka explicit och ordagrant, eller hur det som sägs tolkas av studenten.
- *Att bekräfta*, vilket kan göras genom att uppmärksamma en persons styrkor och ansträngningar för att förändra. Genom bekräftelse lyfts personen upp som en unik person med egenskaper som kan göra skillnad för att förbättra sin egen hälsa.
- *Att sammanfatta* ger möjlighet att förmedla respekt och att det som personen har sagt är betydelsefullt. Det kan också vara ett sätt att gå vidare i samtalet eller att fördjupa ett redan påbörjat ämne.

Träning i hälsosamtal på en hälsomottagning

Vid hälsomottagningen Hälsopunkten får studenterna möjlighet att praktiskt tillämpa hälsoundersökningar, hålla hälsosamtal samt genomföra hälsorelaterade aktiviteter. Studenterna gör detta som en del av sin utbildning motsvarande två veckors VFU.

När studenterna gör sin VFU på hälsomottagningen läser de sin andra termin i sjuksköterskeprogrammet. De är tolv studenter på hälsomottagningen samtidigt eftersom vi vill ha närhet mellan studenter och lärare samt tid att ge stöd och feedback. De inleder sin VFU-period med tre dagars teori och träning, både i medicintekniska moment och i motiverande samtal (MI). Dag ett introduceras studenterna till de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2024) samt teori kring de fyra levnadsvanorna fysisk aktivitet, matvanor, alkohol och tobak/nikotin.

Studenterna studerar tre fall som presenteras för dem i form av journalanteckningar och tillhörande frågor. Dag två delas de upp i två grupper och genomför två olika moment. Den ena momentet innebär att träna på att utföra hälsoprofilen på varandra under handledning av lärare. Detta moment innebär både träning och medvetandegörande av den egna hälsan och levnadsvanorna. Det andra momentet är ett seminarium utifrån de tilldelade fallen och frågorna. Dag tre tar studenterna med sig sin hälsoprofil och får, efter en tre timmars interaktiv föreläsning om motiverande samtal, träna på att genomföra ett motiverande samtal utifrån resultatet. Eftermiddagens träning innebär att studenterna delar in sig i grupper om tre där en är samtalsledare, en är besökare (patient) och en är observatör. Efter varje samtal reflekterar gruppen kring styrkor och svagheter utifrån en kodningsmall som observatören fyllt i.

Att genomföra en uppgift och lyckas

Med den modell som vi använder på hälsomottagningen får studenterna möjlighet att praktiskt tillämpa hälsoundersökningar, hålla hälsosamtal samt genomföra hälsorelaterade aktiviteter med ett personcentrerat hälsofrämjande förhållningssätt. Den praktiska träningen påbörjas dag fyra och genomförs i totalt fem dagar. Den praktiska träningen sker med besökare (patienter) som själva har bokat tid för en hälsokontroll. Besökarna vet redan när de bokar ett besök på Hälsopunkten att det är studenter de ska träffa, vilket minskar den press studenter annars kan uppleva. Det skapar en trygg miljö som gör det lättare för studenterna att våga upprepa ett moment de är osäkra på, eller avbryta för att be om råd av sin handledare. Vi låter studenterna arbeta i par, vilket gör att de kan komplettera varandra och be varandra om råd. Både den student som instruerar eller förklarar och den som blir instruerad får ett fördjupat lärande genom de kognitiva processer som sker i situationen. Peer-learning är särskilt lämpligt för att utveckla studenters förmåga att arbeta personcentrerat, eftersom det utvecklar studentens kommunikativa förmågor mer än traditionell undervisning (Stone m.fl., 2013). Peer-learning ökar både studentens vilja att dela med sig och lämna ut sig själv och studentens empati gentemot andra (Topping, 1996). Varje par har dessutom tillgång till en lärare som är specialistsjuksköterska och som inledningsvis är med vid hela besöket för att mer och mer låta studenterna bli självständiga under mottagningsdagarna. Under hela

tiden på mottagningen påminner vi studenterna om vikten av att stötta varandra och skapa ett öppet klimat i studentgruppen och mellan lärare och student. Den trygga miljön och stödet från både andra studenter och lärare ökar förutsättningarna att genomföra samtal om levnadsvanor och lyckas. Studenterna berättar:

Det första mötet var jobbigt, jag har svårt att veta vad jag ska säga och jag blir stressad vid tystnad. Men de andra två mötena gick mycket bättre. Jag tycker det är roligt och intressant så jag kommer absolut att fortsätta träna på detta.

För bara en vecka sedan höll jag mitt första samtal. Då tyckte jag att det var supernervöst och nästan påträngande att fråga en annan person om hens levnadsvanor. Den senaste veckan har verkligen haft ett positivt inflytande på mig då jag nu inte tycker att det är något konstigt att prata om levnadsvanor.

Att lära sig genom att observera andra

Genom att studenterna arbetar i par ser de också en annan person samtala om levnadsvanor och lyckas. Detta ökar enligt Bandura (1994) tilltron till att själv lyckas. Att arbeta i par, såsom peer-learning, skapar tillfällen att se andra bemästra en förmåga. Att det är en "peer", alltså en kamrat och någon som studenten kan identifiera sig med och känna igen sig i, kan förstärka effekten. Det gör det lättare för studenten att tro på sin egen förmåga, än att se en lärare eller handledare som ligger många år "före" studenten själv i utveckling och erfarenhet. Studenterna kan följa varandras utveckling, från att vara nybörjare och känna sig ängsliga inför svåra samtal till att kunna genomföra samtal. En student uttrycker det så här:

Efter att jag observerat hur kurskamrater tagit sig an sina samtal kring levnadsvanor märkte jag att mina samtal hade ett annat smidigare flyt samt att tryggheten i mig själv ökade.

Att ge och få muntlig feedback som en del av lärandet

Efter varje besök sker en reflektion, då studenterna både får berätta om sin egen och medstudentens insats och lärande, och får feedback från läraren. Fokus under den här reflektionen är samtalet om levnadsvanor och de motiverande strategier som används. Vi använder Gibbs (1988)

reflektionsmodell som innehåller stegen: *beskrivning*, *känslor*, *värdering* av vad som var positivt och negativt, *analys* av vad lärdomen blir och *slutsats* samt om något annat kunde göras. Tillsammans diskuteras en handlingsplan kring hur situationen hanteras om den inträffar igen. Reflektionen utgår från en bekräftande stil men lyfter även fram det som studenterna kan arbeta vidare med och är framåtsyftande. Studenterna ger också varandra feedback och övar på att ge och ta emot konstruktiv kritik. De berättar:

Lärarnas feedback efter ett motiverande samtal har varit positiv, de sa en del bra saker som jag inte trodde om mig själv efter ett samtal. De höjde upp mitt självförtroende inom detta yrke väldigt mycket, jag fick en bekräftelse att jag inte är helt ute och cyklar. De gav konstruktiv kritik samt en massa positiv feedback.

Feedback från läraren var avgörande för min utveckling, eftersom den gav konkreta förbättringsområden och bekräftelse på vad jag gjorde rätt.

Att förstå sina egna fysiska och känslomässiga signaler

När vi gör en bedömning av vår egen förmåga är det inte enbart en fråga om våra tankar kring vår kunskap eller vad vi klarar. Vi lyssnar också på våra kroppar och väger in våra fysiologiska reaktioner när vi avgör vad vi tror att vi kan (Bandura, 1994). Detta är ofta tydligt för idrottare som ska prestera, men det gäller också exempelvis den fysiska upplevelsen av nervositet inför en uppgift, eller hur stress känns i våra kroppar. Trötthet och smärta är andra känslor som påverkar vår tilltro till vår förmåga. Vi människor tolkar de här kroppsliga, eller fysiologiska, förnimmelserna olika. Symtom på stress och nervositet, som att hjärtat börjar slå snabbare, kan tolkas som en svaghet hos en själv och ett tecken på att uppgiften är övermäktig. Detta kan i sin tur upplevas som att bli lamslagen, vilket kan försämra prestationen och tolkas som ett bevis på att den egna förmågan är otillräcklig. En person med god tilltro till sin förmåga tenderar å andra sidan att uppleva nervositeten som något som skärper sinnena, som spännande upphetsning. För idrottare är detta tillstånd helt avgörande för prestationen.

Utöver de kroppsliga signalerna har också vårt humör betydelse. En positiv sinnesstämning i allmänhet ökar tilltron till den egna förmågan, medan dåligt humör påverkar tilltron negativt, även om humöret inte från början hade med utmaningen att göra. Vi använder den här kunskapen om hur fysiologi och känslomässigt tillstånd påverkar studenterna på vår hälsomottagning genom att skapa trygghet. Vi strävar efter att utmaningen ska vara lagom. Utmaningen ska vara svår nog att hjälpa studenten att utvecklas, men den ska vara tillräckligt lätt för att nervositeten inte ska bli för stor. Vi strävar också efter att skapa positiv stämning där de små sakerna har betydelse, som morgonens ”pep talk”, humor och att dricka kaffe tillsammans för att skapa en kollegial känsla. Studenterna kommenterar stämningen på Hälso-punkten enligt följande:

Jag tycker att det har varit en positiv upplevelse och det har verkligen känts som att man gått till jobbet. Alla har varit trevliga och positiva hela veckan.

Jag tyckte mycket om teamkänslan på Hälso-punkten. Vi pratade mycket med varandra om allt möjligt, inte bara om hur besöken gått. Hälso-punkten var en väldigt lugn miljö, vi jobbade systematiskt, inget kaos.

Hälsosamtal med personer med funktionsnedsättning

De nationella riktlinjerna understryker särskilt att riskgrupper ska erbjudas vård och stöd vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2024). Personer med funktionsnedsättningar är en sådan riskgrupp, då de generellt är mer stillasittande än resten av befolkningen och lider till följd av detta oftare av fetma, diabetes typ 2 och högt blodtryck (Flygare Wallén m.fl., 2018). Personer med funktionsnedsättningar har historiskt sett inte setts eller vårdats som personer, utan behandlats som en grupp, både rent praktiskt i gruppboheter och i synen på deras behov och önskemål. Insatser som riktar sig till personer med funktionsnedsättningar är ofta just gruppinterventioner. För att möta personer med funktionsnedsättning och förstå deras behov, önskemål och ta vara på deras unika resurser är det personcentrerade förhållningssättet av särskild vikt (Glicksman m.fl., 2017).

En folkhögskola där personer med funktionsnedsättning går, undrade om de kunde komma till Hälsopunkten för att genomföra hälsoprofiler och hälsosamtal. Vi föreslog att vi i stället skulle komma till folkhögskolan för att göra hälsoprofiler och hälsosamtal på plats. Det innebär att vi flyttar hälsomottagningen för dagen, och några studenter erbjuds att följa med och får på så sätt träning i att möta personer med funktionsnedsättning. På den aktuella folkhögskolan studerar personer med olika typer av funktionsnedsättningar, varav majoriteten har intellektuell funktionsnedsättning. Att hälsoundersökningarna sker på folkhögskolan i stället för på hälsomottagningen är en del i det personcentrerade tankesättet, då personerna får vara kvar i sin trygga miljö, vilket skapar bättre förutsättningar för hälsosamtalet. Studenterna får på så vis också träffa fler personer med funktionsnedsättningar än enbart de som bokat hälsoundersökning. En viktig princip är att hälsoundersökningarna utförs enligt vårdprogrammet, i enlighet med rätten till likvärdig vård.

Personcentrering i mötet med personer med funktionsnedsättning

Besöken kan ofta ta något längre tid än de besök som utförs på mottagningen, eftersom personerna ofta har kommunikativa svårigheter. Detta kräver både färdigheter hos studenterna, anpassningar och kommunikationshjälpmedel. Det finns studier som visar att sjuksköterskor upplever att kommunikationen är det som är allra mest utmanande med att vårda personer med funktionsnedsättningar (Appelgren m.fl., 2018). Det är inte bara samtalet, utan också provtagning och undersökning som kan behöva anpassas och ofta tar extra tid. Det är en stor utmaning studenterna ställs inför. Deras förmågor att arbeta personcentrerat sätts på prov, för medan vi ibland ”kommer undan” med bristfällig personcentrering med mer resursstarka patienter, så blir en hälsoundersökning och ett samtal med en person med till exempel Downs syndrom ofta helt omöjligt att genomföra om vi inte ser personens unika förutsättningar och önskemål. I dessa samtal blir det ”skarpt läge” för det personcentrerade mötet.

Motiverande samtal kan fungera utmärkt i mötet med personer med intellektuell funktionsnedsättning, men det kräver att metoden anpassas (Frielink & Embregts, 2013). Exempelvis bör öppna frågor fokusera på ett avgränsat område och vara konkreta. Ett annat exempel är att ge

personen tid att svara, eftersom det kan ta längre tid att processa frågan och formulera sitt svar, än att svara på en ja/nej-fråga. När det gäller reflektioner krävs ingen särskild anpassning. Reflektioner är ofta extra hjälpsamma för personer med intellektuell funktionsnedsättning, eftersom de hjälper personen att sätta ord på sina känslor och hålla tråden i samtalet. Bekräftelser ska vara tydliga. Den sista komponenten i MI, sammanfattningen, kan med fördel delas upp. I stället för en längre sammanfattning i slutet av samtalet, kan flera och kortare sammanfattningar göras som avslutning när ämnet skiftar och samtalet går vidare. En variant är att be personen sammanfatta, i stället för att göra det själv. Även om det kan vara svårt för personen så ger det en bild av både vad personen förstått och vad som är det viktigaste personen tar med sig från samtalet. Studenternas tilltro till sin förmåga att möta personer med funktionsnedsättningar på ett personcentrerat sätt stärks genom att få göra dessa besök. Kursutvärderingarna vittnar om hur uppskattat det är:

Jag uppskattade Hälsopunkten så mycket. Det var verkligen en plats där vi fick öva mycket både i det praktiska, men också i bemötande, att få till bra samtal med besökarna. Jag fick också chansen att åka ut till folkhögskolan och göra hälsokontroller där vilket var en så viktig och lärorik upplevelse. Jag tror att alla studenter hade lärt sig mycket på att få åka dit och göra det. Där får man verkligen chansen att träna sig i att arbeta flexibelt och personcentrerat.

Att reflektera över

- På vilka fler sätt och situationer kan studenter träna sin förmåga att möta personer med hälsoutmaningar?
- Finns det andra personer/grupper med hälsoutmaningar i samhället och/eller vården där hälsosamtalen kan behöva anpassas?

Att bli rustad för personcentrering genom simulering

Det finns olika sätt att rusta sjuksköterskestudenter inför komplexa situationer där mötet är en central del. Simulering är idag vanligt förekommande i flera olika vårdutbildningar och som träning i verksamheter för att upprätthålla och utveckla kompetens. Simuleringen kan

vara ett sätt att förbereda studenter inför deras verksamhetsförlagda utbildning och kommande profession. För att efterlikna den verklighet som studenter möter kliniskt eftersträvas en så verklig och autentisk miljö som möjligt. De olika träningsscenarierna vid simuleringsövningarna kan beröra alltifrån att samtala med en patient till mer komplexa, akuta och livshotande situationer. Här följer ett exempel från ett lärosäte på hur simulering används för att rusta sjuksköterskestudenter för personcentrade möten i olika situationer och med progression i utbildningen.

Simulering som pedagogisk metod

För att möjliggöra en trygg lärandemiljö har vi valt att genomföra simuleringen i mindre grupper, vanligen bestående av sex studenter och två lärare. Simulering som pedagogisk metod följer en specifik struktur bestående av tre delar: *briefing*, *simuleringsövning* och *debriefing*. Samtliga delar behövs för att studenten ska få ett så optimalt lärande som möjligt. Den första delen, *briefing*, handlar om att skapa trygghet både för gruppen och för deltagarna individuellt. Briefingen syftar också till att skapa en klarhet och tydlighet kring själva simuleringsövningen genom att berätta och tydliggöra lärandemål samt förutsättningar för simuleringsövningen och simuleringsmiljön. Under själva *simuleringsövningen*, som är den andra delen, uppmuntras deltagarna att fatta egna beslut och agera både självständigt och som en del av en grupp. För att träna och öka sina kunskaper innefattar scenariot som studenterna ställs inför olika uppgifter utifrån tidigare givna lärandemål. Simuleringsövningen kräver både eftertanke och agerande av studenterna, vilket kan erbjuda en koppling mellan teoretisk kunskap och praktiskt utövande.

Efter avslutad simuleringsövning inleds den sista delen av simuleringen, vilken också tar mest tid i anspråk, nämligen *debriefingen*. Vid debriefingen uppmuntras studenterna att kritiskt granska den egna insatsen utifrån vad som fungerade väl, respektive vad som kunde gjorts annorlunda i scenariot. Vår simuleringsenhet är, precis som många andra, utrustad med inspelnings- och livevisningsteknik, vilket möjliggör att studenterna kan observera varandra under själva simuleringsövningen. Därmed ges en möjlighet för de studenter som observerar att reflektera över hur de agerande studenterna tog sig an

scenariot. Simulering kan således inte endast hjälpa studenterna att omsätta teoretisk kunskap rent praktiskt, utan också skapa tid för eftertanke och lärandereflektion genom simuleringens avslutande debriefing. Vi använder simulering inom sjuksköterskeprogrammet för att stödja studenter att omsätta teoretisk kunskap om ett personcentrerat förhållningssätt till praktiskt agerande. Under fem av utbildningens sex terminer deltar studenterna i simuleringar med syfte att utveckla färdigheter inom personcentrerad omvårdnad.



Att se varje persons behov och livssituation

Likt andra examinerande läraktiviteter är specifika lärandemål kopplade till delproven för simulering. Lärandemålen speglar var i utbildningen studenten befinner sig och har som utgångspunkt att studenten ska identifiera, bemöta och åtgärda behov som patienten utifrån sin livssituation ger uttryck för. I merparten av terminernas lärandemål är ett personcentrerat förhållningssätt specifikt benämnt som ett lärandemål, men även i de fall där det inte är uttalat, utgår simuleringen alltid från personen som helhet, vilket rustar studenterna för personcentrerade möten.

Ett exempel på lärandemål under utbildningens första termin där personcentrering uttrycks är: *"Utifrån ett personcentrerat förhållningssätt bedöma behov och initiera lämpliga åtgärder."* Under termin ett får studenter möta personer som har behov av basal omvårdnad efter att de fått fysiska funktionsbortfall till följd av en fraktur respektive stroke. Studenterna förväntas ha ett personcentrerat förhållningssätt i mötet och uppmärksamma de behov som patienten ger uttryck för, som

exempelvis hjälp med att borsta tänderna, förflytta sig och ha en renbäddad säng. Dessa färdigheter har studenterna sedan tidigare bekantat sig med efter att ha övat i metodrum. Samtidigt innebär övningen ett möte med en person som de behöver förstå och kommunicera med, informera och göra delaktig men också möta respektfullt så att integritet och värdighet upprätthålls. Utöver detta behöver studenterna kommunicera sinsemellan för att upprätthålla sitt samspel i teamet. För att studenterna lättare ska kunna leva sig in i scenariot, kommunicera med och praktiskt kunna tillgodose patientens behov har vi, under denna och under flertalet andra terminer, i stället för dockor valt att ha levande markörer som agerar patienter. Det är våra egna lärare som agerar levande markörer. När patienterna, det vill säga de levande markörerna, i simuleringen bemöts respektfullt, med nyfikenhet och empati, blir de också lugnare och berättar mer om sina behov eftersom tilliten och tryggheten ökar. Om studenterna inte uppmärksammar patientens behov, utan bara antar sig veta vad problemet är, blir patienten mer inbunden och mindre benägen att delge sina behov. Vår erfarenhet är alltså att vi med hjälp av levande markörer möjliggör en ökad flexibilitet i scenariot, där anpassningar kan göras efter hur studenterna agerar i mötet. I teorin kan det tyckas självklart för studenterna att ha ett personcentrerat förhållningssätt, men i simuleringsövningarna blir det tydligt att delar av förhållningssättet kan falla bort. Vid efterföljande debriefing lyfter vi fram och diskuterar detta med studenterna för att främja reflektion och insikter som syftar till att se patientens behov i sin helhet.

Progression genom ökad utmaning och komplexitet

Scenarierna som simuleras ska spegla var i utbildningen studenten befinner sig så att det ställs rimliga krav i förhållande till studenternas kunskap. Under programmets gång sker en progression i studenternas roll och agerande, från att de under de inledande terminerna agerar som sjuksköterskestudenter till att de mot slutet av utbildningen leder sig själva och agerar som färdiga sjuksköterskor i ett team. Även scenarierna och samtalen som studenterna förväntas genomföra blir alltmer utmanande. Studenterna får möta patienter som är akut sjuka och har ångest, är upprörda och rädda, befinner sig i livets slutskede eller har blivit utsatta för våld i en nära relation. Dessutom kan det vara en akut situation som kräver snabb åtgärd, både medicinskt och med

basal omvårdnad, vilket ställer höga krav på snabba åtgärder samt tydlig och effektiv kommunikation mellan studenterna.

Ett exempel på ökande komplexitet i samtalen med patienter är den simulering som är inriktad på att möta patienter som blivit utsatta för våld i nära relation. Simuleringsövningen avslutar en serie seminarier under utbildningens gång med syfte att utveckla kunskap om, och bemötande vid, våldsutsatthet i nära relationer. Under denna simulering möter studenterna personer som har blivit utsatta för olika typer av våld. Under simuleringsövningen förväntas studenterna ställa frågan om våldsutsatthet på ett respektfullt vis, undersöka hur våldet tar sig uttryck och vilka följder det får, och utifrån patientens unika förutsättningar möta, stödja och hänvisa vidare till andra instanser. Dessa komplexa scenarier är tänkta att utmana studenternas förmåga att möta olika personer. Vår erfarenhet är att dessa simuleringar ger studenterna mod att föra svåra samtal, tänka normkritiskt och omvandla sina kunskaper till praktiskt handlande.

När det finns fler aspekter och medicinska parametrar att ta hänsyn till ökar svårigheten att se patienten som en helhet, vilket också diskuteras i efterföljande debriefing. Med hjälp av simuleringsövningar i en trygg lärandemiljö kan studenterna därmed rustas för den mångfacetterade verklighet de möter som färdiga sjuksköterskor. En student beskriver simuleringsövningen så här:

Min nya kunskap är att våga fråga. Ju mer man tränar praktiskt på att sätta sig i jobbiga situationer, desto lättare blir det. Jag har fått mycket praktisk kunskap kring hur jag ska bemöta personer som är våldsutsatta.

Vad får studenterna med sig?

Simulering har tidigare framför allt varit inriktad på akuta och livshotande situationer. Idag har simuleringar kommit att beröra även patientmöten där kommunikation är i fokus. Forskningsresultat som relaterar till personcentrerade möten har varit få, men studier som publicerats de senaste åren indikerar att simulering som metod ökar den empatiska förmågan hos deltagaren, ger insikter om patientens perspektiv, ökar självmedvetenhet samt ger insikter om betydelsen av kommunikation med patienten (Ayed m.fl., 2021; Edberg Matei m.fl.,

2025: Haley m.fl., 2017; Oddvang m.fl., 2021; Webster & Carlson, 2020). Dessa forskningsresultat överensstämmer väl med de erfarenheter som gjorts vid vår simuleringsenhet. Gällande den empatiska förmågan säger en lärare så här:

Flera av studenterna blir berörda känslomässigt under simuleringsövningarna, och i den efterföljande debriefingen diskuteras de känslor som uppkom under scenariot samtidigt som det kopplas till deras kommande profession.

Ett annat citat från en lärare illustrerar de insikter studenter får om patientens perspektiv:

Under debriefingen får studenterna ofta beskriva hur de uppfattade patienten och hans sinnesstämning samt tänka sig in i hur patienten kan ha upplevt deras handlande under scenariot. Det gör att studenterna tvingas hoppa i patientens skor för en stund och reflektera kring hur deras agerande kan ha upplevts.

Även en ökad självmedvetenhet återspeglas i lärares och studenters erfarenheter. Så här beskriver en av lärarna:

Studenterna får syn på sig själva genom debriefingen där de får ta del av hur de upplevts ha agerat från sina klasskompisar. Det är så lätt att säga att man är empatisk, men när man blir observerad kan de också få syn på sig själva genom andras ögon.

Studenterna beskriver själva att de genom simuleringsövningen ”fått ny syn på hur jag själv skulle vilja vara” samt ”Jag har genom simuleringen kunnat inse mina svagheter och styrkor”. Slutligen kan också insikter om betydelsen av kommunikation med patienten ses i studenternas utvärderingar, som: ”Att samtala med patienten under hela processen för att göra hen delaktig är nyckeln till ett personcentrerat förhållnings-sätt.”

Att reflektera över

- Finns det fler specifika situationer som studenter bör öva på för att utveckla ett mer personcentrerat förhållningssätt i sitt framtida yrke?
- Skulle simulering kunna användas i samverkan med verksamheter för att skapa en gemensam förståelse för, och förutsättningar för, ett personcentrerat förhållningssätt?

Värt att tänka på

Det finns flera olika sätt att under utbildningen rusta studenterna för personcentrerade möten i deras kommande profession. Att få möjlighet att i förväg förbereda sig på att genomföra personcentrerade samtal genom kunskap, förståelse, praktisk träning och reflektion, ökar studenternas trygghet och tilltro till sin egen förmåga. Det finns flera olika metoder för att rusta studenterna, varav några är beskrivna i detta kapitel. Det kan exempelvis handla om att ge studenterna en teoretisk och praktisk grund i personcentrering, att använda sig av motiverande samtal och att simulera verkliga situationer. De tre olika metoderna bidrar tillsammans till att öka studenternas empatiska förmåga, självmedvetenhet och förståelse för kommunikationens betydelse. Det ger också en möjlighet att få ökad förståelse för patientens situation. Att få möjlighet att omsätta teori till praktiskt handlande genom att möta komplexa och känslomässigt laddade situationer bidrar till att studenterna utvecklas i sin profession och ger en djupare förståelse för ett personcentrerat förhållningssätt. Vi hoppas att morgondagens sjuksköterskor blir bättre rustade för personcentrerade möten, som ökar möjligheterna till en personcentrerad praktik på riktigt.

Referenser

- Appelgren, M., Bahtsevani, C., Persson, K., & Borglin, G. (2018). Nurses' experiences of caring for patients with intellectual developmental disorders: a systematic review using a meta-ethnographic approach. *BMC Nursing*, 17, 1–19.
- Ayed, A., Malak, M. Z., Al-amer, R. M., Batran, A., & Salameh, B. (2021). Effect of high fidelity simulation on perceptions of self-awareness, empathy, and patient-centered care among university pediatric nursing classes. *Clinical Simulation in Nursing*, 56, 84–90.

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. I V. S. Ramachaudran (red.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71–81.
- Beck, I., Blomqvist, K., & Olsson Möller, U. (2022). Digitala workshoppar i stora studentgrupper: ett positivt resultat av coronapandemiomställningen. *Högskolepedagogisk debatt* (1), 112–120.
- Beck, I., Olsson Möller, U., Malmström, M., Klarare, A., Samuelsson, H., Lundh Hagelin, C., Rasmussen, B., & Furst, C. J. (2017). Translation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale including cognitive interviewing with patients and staff. *BMC Palliative Care*, 16(49), 1–10.
- Buber, M. (1994). *Jag och du* (3 uppl.). Dualis.
- Bullington, J., Söderlund, M., Bos Sparén, E., Kneck, Å., Omérov, P., & Cronqvist, A. (2019). Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse Education in Practice*, 39, 136–141.
- Edberg, A.-K., Trogu, G., Manattini, A., Renn-Žurek, A., Modrzejewska, D. M., Woźnicka, E. B., Popovici, S., Pintilie, L., Beck, I., Virbalienė, A., & Šiurienė, A. (2023). Existential Loneliness Among Older People from the Perspective of Health Care Professionals: A European Multicenter Study. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 2241–2252.
- Edberg Matei, E., Johansson, J., & Sjövall, K. (2025). Ambulance nurses' experience of a simulation exercise concerning intimate partner violence. *International Nursing Review*, in press.
- Ekman, I. (red.). (2020). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlen, J., Olsson, L.E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K.S. (2011) Person-Centered Care: Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248–251.
- Flygare Wallén, E., Ljunggren, G., Carlsson, A. C., Pettersson, D., & Wändell, P. (2018). High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(4), 269–280.
- Fontaine, G., Cossette, S., Maheu-Cadotte, M. A., Mailhot, T., Heppell, S., Roussy, C., & Dube, V. (2019). Behavior change counseling training programs for nurses and nursing students: A systematic descriptive review. *Nurse Education Today*, 82, 37–50.

- Frielink, N., & Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(4), 279–291.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit, Oxford Polytechnic.
- Glicksman, S., Goldberg, C., Hamel, C., Shore, R., Wein, A., Wood, D., & Zummo, J. (2017). Rights-based and person-centered approaches to supporting people with intellectual disability: A dialectical model. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 55(3), 181–191.
- Haley, B., Heo, S., Wright, P., Barone, C., Rettigantid, M. R., & Anders, M. (2017). Effects of using an advancing care excellence for seniors simulation scenario on nursing student empathy: A randomized controlled trial. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(10), 511–519.
- Hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice*. Wiley-Blackwell.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013) *Motivational Interviewing: Helping people to change* (3 uppl.). Guilford Press.
- Oddvang, T. K. K., Loftfjell, A. L. G., Brandt, L. M., & Sørensen, K. (2021). Nursing students' experience of learning ethical competence and person-centered care through simulation. *International Practice Development Journal*, 11(2).
- Oikarinen, A. K., Kähkönen, O., Kaakinen, P., Kääriäinen, M., Virtanen, M., Paalimäki-Paakki, K., ... & Rajala, M. (2024). Nurses' experiences of competence in lifestyle counselling with adult patients in healthcare settings: A qualitative systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(5), 1684–1708.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and relationship*. Putnam.
- Patientlagen* (SFS 2014:821). Socialdepartementet.
- Patientsäkerhetslag* (SFS 2010:659). Socialdepartementet.
- Renn-Žurek, A., Modrzejewska, D., Woźnicka, E., Popovici, S., Lacramioara, L., Boccaletti, L., Manattini, A., Trogu, G., Edberg, A.-K., Beck, I., Žebrauskaitė, A., & Virbalienė, A. (2020). *Existentiell ensamhet: best practice ur ett patient- och organisatoriskt perspektiv*. The European Commission.

- Socialstyrelsen. (2024). *Nationella riktlinjer 2024: Vård vid ohälsosamma levnadsvanor – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling.*
- Stone, R., Cooper, S., & Cant, R. (2013). The value of peer learning in undergraduate nursing education: a systematic review. *ISRN nursing*, Artikel ID 930901.
- Sundler, A. J., Eide, H., van Dulmen, S., & Holmström, I. K. (2016). Communicative challenges in the home care of older persons – a qualitative exploration. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2435–2444.
- Sundler, A. J., Hoglander, J., Eklund, J. H., Eide, H., & Holmström, I. K. (2017). Older persons' expressions of emotional cues and concerns during home care visits. Application of the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) in home care. *Patient Education and Counseling*, 100(2), 276–282.
- Topping, K. J. (1996). The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature. *Higher Education*, 32(3), 321–345.
- Webster, K. E., & Carlson, E. (2020). Building therapeutic connections with the acutely ill through standardised patient simulation in nurse education an evaluation study. *Nurse Education Today*, 84.
- Zoffmann, V., Hörnsten, Å., Storbækken, S., Graue, M., Rasmussen, B., Wahl, A., & Kirkevold, M. (2016). Translating person-centered care into practice: A comparative analysis of motivational interviewing, illness-integration support, and guided self-determination. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 400–407.
- Öhlen, J., & Friberg, F. (2023). Person-centred conversations in nursing and health: A theoretical analysis based on perspectives on communication. *Nursing Philosophy*, e12432.

Om författarna

Malin Sundström (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska, specialist-sjuksköterska med inriktning vård av äldre och universitetslektor vid Högskolan Kristianstad. Hon är programområdesansvarig för sjuksköterskeprogrammet och hennes undervisning är främst riktad till programslingan HELP (Handledning, Etik, Ledarskap och Profession). Malins forskningsområde handlar om äldreomsorg, existentiella frågor samt personcentrerat ledarskap.

Sara Alenius är leg. fysioterapeut, folkhälsovetare och doktorand i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hon har tidigare arbetat kliniskt med hälsosamtal och hennes avhandling kommer att handla om sjuksköterskestudenters tilltro till sin kunskap och förmåga att samtala om levnadsvanor.

Gunilla Andrén-Sandberg är leg. sjuksköterska, distriktssköterska och universitetsadjunkt vid Högskolan Kristianstad, men arbetar idag huvudsakligen kliniskt. Gunilla undervisar i personcentrerad vård och färdighetsträning i samtal på personcentrerad grund men är också föreläsare och handledare i programslingan HELP (Handledning, Etik, Ledarskap och Profession).

Lisa Axelsson är leg. sjuksköterska, distriktssköterska och doktorand i vårdvetenskap vid Malmö universitet. Hennes avhandling kommer att handla om barriärer för fysisk aktivitet hos kvinnor i socio-ekonomiskt utsatta områden. Lisa har tidigare undervisat om levnadsvanor och folksjukdomar i flera olika program på Högskolan Kristianstad. Flest år av sitt yrkesliv har hon arbetat som skol-sköterska på grundskola och anpassad grundskola.

Lina Behm är leg. sjuksköterska, distriktssköterska och docent i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad. Lina är verksamhetsansvarig för Hälsopunkten – klinisk utbildnings- och forskningsmottagning vid Högskolan Kristianstad, där hon undervisar och bedriver flera forskningsprojekt inom området levnadsvanor och motiverande samtal.

Ingela Beck är leg. sjuksköterska med diplomering i palliativ omvårdnad och biträdande professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad. Hon är även knuten till Palliativt utvecklingscentrum, Region Skåne och Lunds universitet. Ingela undervisar och bedriver forskning om personcentrerad vård, palliativ vård och om att uppmärksamma och samtala om känslomässiga och existentiella behov. Ingela har varit huvudansvarig för att utveckla modellen Samtal på personcentrerad grund och är huvudansvarig för forskningsprojektet ComPerCe där modellen studeras.

Emma Edberg Matei är beteendevetare, leg. sjuksköterska, specialist-sjuksköterska inom psykiatrisk omvårdnad, universitetsadjunkt och doktorand vid Högskolan Kristianstad. Hon har tidigare ansvarat för kvalitets- och utvecklingsarbetet vid sjuksköterskeprogrammets simuleringsenhet. Emma är också engagerad i undervisning om per-

soncentrerad vård i psykiatriska sammanhang och medverkar i programslingan HELP (Handledning, Etik, Ledarskap och Profession).

Anna Edvinsson är leg. sjuksköterska, distriktssköterska och universitetsadjunkt vid Högskolan Kristianstad. Anna har varit delaktig i undervisningen om färdighetsträning i samtal på personcentrerad grund, undervisar i programslingan HELP (Handledning, Etik, Ledarskap och Profession) och möter studenter i olika delar av utbildningen där förmågan till personcentrerade möten är central.

Julia Hansson är leg. sjuksköterska, medicine magister och universitetsadjunkt vid Högskolan Kristianstad. Hon är delat ansvarig för kvalitets- och utvecklingsarbetet av simuleringsenheten vid sjuksköterskeprogrammet och delaktig i undervisningen om träning i samtal på personcentrerad grund.

Helena Larsson är leg. sjuksköterska och universitetslektor vid Högskolan Kristianstad. Hon undervisar i sjuksköterskeprogrammet och i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning vård av äldre, och är ämnesföreträdare i omvårdnad och styrelseledamot i nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskeexamen (NKSE). Hennes forskningsområde rör personcentrerad vård, existentiella aspekter, samt äldre personers och anhörigas situation och välmående. Helena undervisar och bedriver forskning om träning i att samtala personcentrerat i projektet ComPerCe.

Marina Sjöberg är leg. sjuksköterska med specialisering inom onkologi och palliativ vård och universitetslektor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad. Hon är programområdesansvarig för specialistsjuksköterskeutbildningarna och undervisar bland annat om palliativ vård och om träning i samtal på personcentrerad grund. Hennes forskning rör bland annat studenter genomförande av träning i samtal på personcentrerad grund i projektet ComPerCe.

15 En forskarutbildning med doktorandernas lärande i fokus

Anna-Karin Edberg & Albert Westergren

Inledning

I detta kapitel diskuteras vad en forskarutbildning med doktorandernas lärande i centrum kan innebära, det vill säga en personcentrerad forskarutbildning. En personcentrerad forskarutbildning kräver en personcentrerad kultur som genomsyrar hela forskarutbildningen, såväl kurser som seminarier och handledning. Kapitlet beskriver hur handledningen behöver anpassas till doktorandens progression och behov som förändras över tid. Handledningen behöver också stödja självständighet och kritiskt tänkande och ha fokus på både relations- och sakaspekten. Det engelska ordet supervision antyder att någon är överordnad (superior), medan det svenska ordet handledning har en helt annan konnotation och pekar på betydelsen av att "leda vid handen", det vill säga någon som går bredvid. I kapitlet lyfts doktorandseminariets roll som "rygggrad" i forskarutbildningen, medan en modell för personcentrerad handledning beskrivs närmare i kapitel 16. Kapitlet vänder sig till personer som ansvarar för eller undervisar i forskarutbildningen. Det vänder sig även till handledare och doktorander och andra som är intresserade av forskarutbildning.

Vad är en forskarutbildning?

En forskarutbildning är en fyraårig utbildning som leder till en doktors-examen. Utbildningen består av obligatoriska och valbara kurser, seminarier där olika texter diskuteras samt en avhandling som inom det hälsovetenskapliga fältet ofta består av cirka 4 vetenskapliga artiklar och en så kallad ramberättelse (även benämnd "kappa"). Doktorsavhandlingen är att jämföra med ett examensarbete som läggs fram, diskuteras och examineras vid en disputation. Doktorsexamen är den högsta examen i utbildningssystemet. Se tabell 1 för olika svenska akademiska examina.

Tabell 1. Akademiska examina.

Examen	Utbildning ¹³	Förkunskapskrav
Grundnivå		
Kandidatexamen	180 hp inkl. examensarbete 15 hp	Gymnasieutbildning
Avancerad nivå		
Magisterexamen	60 hp inkl. examensarbete 15 hp	Kandidatexamen
Masterexamen	120 hp inkl. examensarbete 30 hp	Kandidatexamen
Forskarnivå		
Licentiatexamen	120 hp inkl. uppsats om minst 60 hp	Magisterexamen
Doktorsexamen	240 hp inkl. avhandling om minst 120 hp	Magisterexamen

Forskarutbildning i en personcentrerad kultur

Att kontinuerligt arbeta med kultur och värderingar är avgörande för personcentrering. Vad är då en forskarutbildning som präglas av en personcentrerad kultur? McCormack & McCance (2017) menar att följande förutsättningar krävs för att utveckla och bibehålla en personcentrerad kultur:

- en öppen kommunikation och tydliga stödstrukturer samt hög grad av utmaning, involvering, deltagande och samarbete

¹³ En hp motsvarar 1,5 veckas studier; 30 hp motsvarar alltså en termins studier.

- positiva attityder till förändring och att förändringar drivs av praktikens (doktorandernas) behov
- att de värden som ska genomsyra praktiken realiseras och att både personen och kollektivet tar gemensamt ansvar för att det blir så
- att det finns utrymme för innovation och kreativitet och att det finns en hög förmåga till anpassning
- att det finns formella system som fortlöpande möjliggör och utvärderar lärandet.

Ovanstående förutsättningar kan utgöra ramar för hur en forskarutbildning kan präglas av en personcentrerad kultur. Denna kultur förutsätter en god relation mellan handledare och doktorand, att handledare har doktorandens bästa i fokus och att handledningen omfattar både själva lärandet och den personliga utvecklingen. Relationen behöver präglas av öppenhet, ärlighet och uppriktig kommunikation.Handledning ska betraktas som ett glädjefullt samarbete med målet att uppnå resultat som gynnar både doktorand och handledare. Handledningskulturen behöver därför vara uppmuntrande och ske i en kultur som präglas av glädje och nyfikenhet för forskning samt en kultur som stödjer intellektuell frihet och nytänkande. Det innebär även att handledare och doktorander tillsammans behöver dela och skapa förståelse för de värderingar som bildar en ram för relationen (se vidare vikten av en gemensam värdegrund i kapitel 1 och 16). Även Heyns med flera (2019) poängterar vikten av att inte enbart fokusera på forskningsområdet, produktion och deadlineer utan också ge utrymme för öppenhet och ärlighet om själva relationen. Det är därför betydelsefullt att handledare och doktorand redan i uppstarten av ”den gemensamma forskningsresan” klargör sina värderingar och sina antaganden. Heyns med flera (2019) menar vidare att dessa diskussioner behöver ske fortlöpande. För en hållbar relation är det också betydelsefullt att återkopplingen (eller som vissa uttrycker det: framåtkopplingen) är konstruktiv och effektiv.

Det krävs även rätt förutsättningar för att relationen ska fungera. Om det saknas förutsättningar i form av tid för handledning, om miljön inte är trygg och tillåtande, eller om roller och ansvar inte är tydliga, så riskerar lärandet att påverkas negativt. Andra utmaningar som kan

motverka att handledningen faktiskt blir lärande är aspekter av makt och genus (se vidare kapitel 12 om normkritiskt perspektiv i högre utbildning). Den befintliga forskning som har fokus på makt och genus i forskarutbildning har dock främst haft sin utgångspunkt i situationen att handledare och seminarieledare är män i relation till doktorander som är kvinnor, och visar att manliga seminariedeltagare får större utrymme och i större utsträckning blir bekräftade än sina kvinnliga kollegor. Inom vårdvetenskap finns naturligtvis även detta förhållande, men den övervägande majoriteten av både handledare och doktorander är kvinnor. Av den anledningen bör makt förmodligen diskuteras separat från genus, framför allt med tanke på den hierarkiska struktur som råder inom akademien där huvudhandledaren oftast är den som är senior forskare, det vill säga professor eller docent, och där övriga handledare oftast är mer juniora forskare, ibland relativt nydisputerade.

Inom handledargruppen kan det alltså finnas uttalade eller outtalade hierarkiska strukturer som påverkar handledningsklimatet och doktoranden. Även om huvudhandledaren ska vara den person som har det övergripande ansvaret för doktorandens utbildning, innebär det inte att hen automatiskt har vetorätt eller ska vara med på alla doktorandens publikationer. Rollen som huvudhandledare innebär främst att vara sammanhållande och stödjande, både för doktoranden och juniora forskare i handledarkonstellationen. Huvudhandledarens roll innefattar också att diskutera ramar och struktur för teamets arbete.

Handledarrollen inrymmer dock inte endast *en* roll, utan involverar flera olika roller. Handledaren ska vara rådgivande, ”kvalitetskontrollerande”, stödjande och guidande (Heyns m.fl., 2019). För att uppfylla dessa roller krävs att även miljön är stödjande, inkluderande och genererar en positiv kultur. Heyns med flera (2019) menar vidare att en personcentrerad forskningsmiljö ska vara berikad, säker, stödjande och icke-dömande. I en stödjande miljö kan nya och erfarna handledare blomma och växa (jfr engelskans flourish) och där fungerar erfarna handledare som mentorer till nya handledare. Relationen mellan huvud- och bihandledare behöver präglas av öppenhet, klagjordade roller, överenskomna förväntningar, flexibilitet och en konstruktiv attityd till skillnader dem emellan (Heyns m.fl., 2019). Läs vidare om personcentrerad handledning i kapitel 16 i denna bok.

I linje med McCormack & McCances (2017) förutsättningar för att utveckla och bibehålla en personcentrerad kultur är formella system för utvärdering av lärandet centrala. Det kan ske i olika former: i samband med handledning och seminarier, i samband med uppdateringen av den individuella studieplanen (ISP) och i samband med examinationer av kurser. Det behövs också strukturer för fortlöpande utvärdering av handledningen och den personcentrerade kulturen som helhet.

Handledning utifrån doktorandens behov och progression

Det finns ett omfattande vetenskapligt stöd för att handledningen behöver förändras i relation till doktorandens behov och progression och att handledaren gradvis, och över tid, behöver lämna över mycket av ansvaret till doktoranden. Jons (2016) beskriver att handledaren i början av utbildningen fungerar som en ”kognitiv modell” och demonstrerar vilka frågor som ställs och hur en går till väga för att söka svar, för att senare fungera mer som en ”coach” som utmanar doktoranden i att föra metakognitiva diskussioner kring sättet att tänka och gå till väga. I slutfasen av avhandlingsarbetet får doktoranden alltmer utrymme och kan själv avgöra vilket stöd som hen bäst behöver från sina handledare, och handledaren fungerar därmed alltmer som en ”konsult”. Jons (2016) refererar även till van Manen (1991) och Bollnow (1989) som betonar nödvändigheten av att vänta in personens egen lärprocess för att stärka självförtroende och självtillit, vilket i sin tur bidrar till ökad självständighet och ökat ansvar.

Lee (2008) lyfter fem aspekter som handledningen bör fokusera på, och som vi författare har benämnt A, B, C, D och E på engelska.

- **A** står för Autonomy och har doktorandens självständighet och frigörelse i fokus. Det är en aspekt som successivt ska öka över tid. Resurser för att öka självständigheten kan vara mentorskap och coachning, men även doktorandseminarierna kan bidra till att öka självständigheten. Det är också viktigt att som handledare stödja processen mot en ökad självständighet och frigörelse.
- **B** står för Being och har fokus på relationen. Relationen mellan handledare och doktorand utvecklas också över tid och kan ses

som en fundamental bas för doktorandens lärande och personliga utveckling.

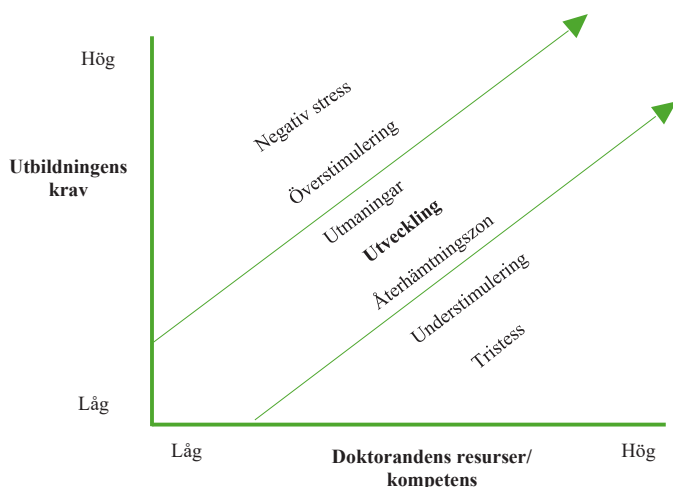
- **C** står för Critical thinking, det vill säga att utveckla sitt kritiska tänkande genom att utmana sig själv och andra genom att ställa kritiska frågor om sitt eget och andras arbete, till exempel i samband med seminarier.
- **D** står för Doing och omfattar sakaspekten, det vill säga själva "görandet". Hur planeras en studie? Hur genomförs en datainsamling? Hur skrivs en vetenskaplig text? Initialt i forskningsresan kan det krävas konkret och praktisk handledning, men allt eftersom doktorandens egenmakt ökar, lämnas alltmer ansvar över till doktoranden.
- **E** står för Enculturation som på svenska skulle kunna benämnas kulturellt införlivande eller att socialiseras in i en akademisk kontext. Resurser för att stärka socialiseringsaspekten är att handledaren bjuder in doktoranden att delta i olika sammanhang, exempelvis konferenser och forskningssamarbeten.

Begreppet "kulturellt införlivande" behöver dock problematiseras och sättas i relation till det kritiska tänkande som forskarutbildningen eftersträvar att bidra till. Det "kulturella införlivandet" innebär alltså inte att gamla och stelbenta strukturer ska vidmakthållas och bibehållas, utan ska snarare bidra till att doktoranden ska känna sig bekväm i en akademisk kontext. Det är dock viktigt att vara observant på seder och bruk som uttrycks som "vi har alltid gjort så" eller "det hör till akademin" och i stället fundera på varför det är så och vad som bidrar till att det är just så det ska göras. Det är också viktigt att doktoranderna har möjlighet att påverka sin utbildning och utmana förgivettagna traditioner som många gånger hör till en svunnen tid.

Det som inte tydligt framgår i Lees beskrivning är att de olika aspekterna behöver ha olika tyngd under utbildningen och kräver olika insatser av handledaren; i början av utbildningen är det oftast mer fokus på Doing, medan det under slutet av utbildningen oftast är mer fokus på Autonomy, som uppnås genom en successiv frigörelseprocess för att bli en självständig forskare.

Utgångspunkten för Lees fem aspekter är doktorandens egna resurser och kompetens. I detta sammanhang är Lawton & Nahemows (1973) ekologiska modell relevant. Modellen är ursprungligen utvecklad med fokus på hur enskilda personer och den omgivande miljön påverkar och är beroende av varandra. Modellen används ofta i forskning om äldre personer och olika omgivningsfaktors betydelse. I modellen poängteras att en persons kompetens i form av intelligens, hälsa, självsäkerhet samt kulturella och sociala aspekter har en direkt påverkan på förmågan att hantera yttre faktorer och den omgivande miljöns krav. Översatt i en forskarutbildningskontext är alltså balansen mellan resurser/kompetens och krav en viktig utgångspunkt. Om kraven understiger resurserna/kompetensen som en person har, medför det en risk för att utvecklingen stagnerar och leder till *understimulering* och *tristess*. Om kraven i stället överstiger de resurser eller den kompetens en person har, kan det leda till *överstimulering* och *negativ stress*. För att utveckling ska ske bör kraven vara lite högre än resurserna/kompetensen som en person har, och de bidrar då till att studierna ska bli *utmanande*, men samtidigt ge utrymme för *återhämtning* – det är i det spänningsfältet som utveckling sker (se figur 1).

Figur 1. Modell för krav och resurser i forskarutbildningen, omarbetad från Lawton & Nahemows (1973) av författarna till detta kapitel.



Modellen syftar till att åskådliggöra att kontinuerlig utveckling sker om utbildningens krav ligger i linje med, eller strax över, doktorandens resurser/kompetens.Handledningen bör alltså sträva efter att utmana doktorandens kompetens i "lagom" utsträckning för att främja lärandet, vilket kräver kunskap om den enskilda doktorandens färdigheter och förmåga här och nu. Modellen kan med fördel användas som underlag för återkommande samtal mellan handledare och doktorand för att diskutera doktorandens behov av ökade eller minskade krav.

Seminarier – forskarutbildningens ryggrad

Doktorandseminarierna är en av forskarutbildningens allra viktigaste beståndsdelar och kan ses som utbildningens ryggrad, det vill säga något som ger stadga, skapar balans och hjälper oss med "hållningen". Ordet hållning betyder att vi har en viss ståndpunkt, position eller åsikt, till skillnad från ordet förhållningssätt som kan avse attityder, inställning eller perspektiv. Både hållning och förhållningssätt är betydelsefulla aspekter av hur vi förhåller oss till olika frågor; det kan handla om såväl akademisk och vetenskaplig som etisk hållning och förhållningssätt.

Inom utbildning och i arbetslivet i stort läggs idag alltmer fokus på generiska färdigheter, det vill säga skicklighet i att analysera och förklara komplicerade sammanhang, att argumentera, att arbeta i team och att kommunicera effektivt, muntligt och skriftligt (Öberg, 2016). Ett av syftena med seminarier är att dessa färdigheter ska tränas och utvecklas. Öberg (2016) poängterar att:

akademin behöver tala klarspråk om de generiska färdigheter som tränas runt seminariebordet i forskarutbildningen, så att detta växthus för kreativitet, analys och argumentation inte förfaller, utan vårdas och utvecklas i framtiden. (s. 72)

Det finns dock förvånansvärt lite forskning om just seminariets roll i forskarutbildningen, och denna text bygger därför främst på författarnas egna erfarenheter och på texter där erfarenheter och praktiker har beskrivits, bland annat i rapporten "Det goda seminariet: forskarseminariet som lärande och kollegialt rum" av Cronqvist & Maurits (2016a).

Seminariets grundantaganden

Ordet seminarium härstammar från latinets ord *semen* som betyder frö, men som ursprungligen avsåg drivbänk eller plantskola, samt ordet *arium* som betyder plats. Enligt Svensk Ordbok betyder ordet seminarium ”en undervisningsform vid universitet eller högskola med aktivt deltagande av de studerande”. Således är huvudtanken med ett seminarium att det ska vara en plats som ska leda till växt, det vill säga vara lärande, och att deltagarna ska vara aktiva.

Seminariet bygger på en grundtanke om att vi behöver andra för att utveckla vårt eget tänkande (Kindeberg m.fl., 2007), och dialogen är därför av stor betydelse. En akademisk dialog kan ses som en grundform av ett vetenskapligt samtal (Cronqvist & Maurits, 2016b). Men seminariet är inte bara en samtalsform; det är också ett rum och ett utrymme där forskningens kvalitet kan prövas i en trygg miljö, omgiven av jämlikar, där professionalism, deltagande och ansvar är ledord (Björck, 2013). Seminariet ska inte heller ses som enbart en undervisningsform, utan ska genomsyras av den egna reflektionen över eget och andras lärande (Dahlgren, 2016), det vill säga en plats för kollektivt lärande. Cronqvist & Maurits (2016b) framhåller att seminariet ska vara *”en plats för höga tankar och lärda samtal, ett rum där lärande och forskning går hand i hand och där kollegialiteten praktiseras i sann demokratisk och öppen anda”* (s. 9). Det förutsätter alltså även en kultur och ett klimat som främjar öppenhet och respekt för varandras åsikter.

Dessvärre är det många som har varit med om det motsatta, det vill säga att seminariekulturen har präglats av hierarkier, maktutövande och oskrivna regler, vilket i sin tur kan leda till utsatthet och utanförskap som inte på något vis främjar lärandet. I en granskning av ett svenskt lärosätes kvalitet konstaterades att flera miljöer saknade den goda seminariekultur som är en förutsättning för en forskarutbildning av god kvalitet (Cronqvist & Maurits, 2016b). Doktorandombudsmannen vid samma lärosäte menar att det finns en risk att doktorander faller offer för en forskarcentrerad föreställningsvärld där det enskilda ”geniet” utgör ett ideal, vilket står i motsättning till kollektivets strävan efter mer kunskap, det vill säga det som är centralt för en god seminariekultur (Popovic, 2016). En forskarcentrerad föreställningsvärld kan också ta sig uttryck i handledares direkta avrådan till doktorander att delta i

seminarierna för att i stället, på den egna kammaren, ägna sig åt att ”producera” forskning.

Men vad krävs då för att skapa ”det goda seminariet” som inte är en arena för härskartekniker, akademiska positioneringar och maktutövande (jfr Cronqvist, 2014)? Seminarieledaren har givetvis en viktig roll för att klimatet under seminariet ska vara icke-dömande, men övriga seminariedeltagare har också ett stort ansvar. Det vill säga att med öppenhet, sympati och äkthet lyssna på ett sätt som inte bara fokuserar på att uppfatta och förstå hur övriga förstår och förhåller sig till saker, utan också underlätta för att de ska kunna ge uttryck för sina uppfattningar (Jons, 2016). Det handlar således om att lyssna på sak-innehållet utan att värdera det, och ställa frågor för att hjälpa varandra vidare. Det är också viktigt att förbereda sig väl, knyta an till varandras inlägg och respektfullt föra samtalet framåt (Schnaas, 2016). Det behöver också finnas en gemensam förståelse för seminariets syfte och mål och en kontinuerlig diskussion kring detta, speciellt när nya doktorander eller handledare tillkommer i seminariegruppen.

Det är dock viktigt att komma ihåg att det inte är helt enkelt att lägga fram en text för granskning, även om klimatet är positivt och stödjande. Bergström (2003) beskriver den vända han hade första gången hans text skulle diskuteras vid ett seminarium. Det handlade dels om att hans egna tankar och funderingar skulle bli granskade, dels om att han hade svårt att se skillnad på sig själv och texten. Han poängterar att det samtidigt kanske var just seminariet som hjälpte honom vidare, det vill säga att få kommentarer från andra blev ett led i att skapa distans till texten och att lära sig att se fram emot synpunkter och kritik. Bergström (2003) menar vidare att doktorander ofta tror att de måste visa sig skärpta, kunniga och pålästa, i stället för att visa sig okunniga och ställa frågor om sådant som är svårt att förstå. Att öppna upp för sin nyfikenhet och okunnighet ger helt andra möjligheter att lära sig någon nytt.

Olika former av seminariekulturer

Det finns många olika seminarietraditioner för doktorander vid våra svenska lärosäten. Vi har identifierat några olika former och strukturer som såklart har både fördelar och nackdelar.

Utsedd opponent – eller inte?

En aspekt som verkar skilja sig mellan olika seminariekulturer är om det finns en utsedd doktorandkollega som är opponent och leder diskussionen eller om doktorandkollegiet som helhet är involverade i diskussionen. Vissa lärosäten argumenterar för att det finns en vinst med att ha en utsedd opponent eftersom doktoranderna på så vis får träna i opponentskap och respondentskap. Risken är dock att resterande doktorander därmed blir mer som åskådare än deltagare under själva seminariet. På vissa lärosäten är opponentskapet också poänggivande, vilket medför att det även på något sätt behöver examineras. Därmed finns det en risk att grundtanken om kollegialt granskande och vikten av att lära av varandra går förlorad, då fokus för själva opponentskapet blir att ställa ”rätt frågor” och visa att en har den kunskap och kompetens som krävs för att bli godkänd i sin opponentroll. Visst finns det argument för att alla på så sätt någon gång (helst flera gånger) under sin doktorandtid får agera opponent och respondent och att det i sig medför ett lärande, men en sådan struktur omfamnar knappast tankarna om seminariet som en plats för det kollektiva lärandet (jfr Dahlgren, 2016).

Att inte ha någon utsedd opponent, utan i stället uppmuntra alla seminariedeltagare att delta i diskussionen och komma med konstruktiva och kritiska synpunkter, innebär också att fler röster blir hörda, det vill säga speglar en större mångfald av perspektiv. Det finns en vinst i att fler personer tar till orda eftersom olika personer skriver på olika sätt och även kan kommentera och diskutera på skilda sätt. Jons (2016) påpekar att det samtidigt finns en inbyggd utmaning i detta sätt att bedriva seminarier, eftersom det finns en risk att om seminariet blir ”starkt” i meningen att många tar plats, blir också ordföranden relativt sett ”svagare”. Det är därför viktigt att den person eller de personer som leder seminariet gör sig umbärlig och vågar släppa kontroll och makt (Dahlgren, 2016).

Presentation eller inläsning?

En annan aspekt som skiljer sig åt mellan olika lärosäten och ämnen är om seminariets diskussion utgår från en presentation som doktoranden gör av sitt arbete, eller om diskussionen utgår från en text som deltagarna har fått läsa på förhand. Fördelen med att seminariet inleds med en presentation är att deltagarna inte behöver förbereda sig innan själva

seminariet och att diskussionen blir på ”konceptnivå” och utgår från de frågeställningar som lyfts under presentationen och den efterföljande diskussionen, snarare än på ”textnivå”. Fördelarna med att diskussionen utgår från en text som deltagarna har läst igenom inför seminariet är att de därmed får en större förståelse för bakgrunden till studien och den problematisering som skrivs fram, och kan ge mer detaljerad feedback på själva texten. Att läsa någon annans text kan också ge inspiration till hur teori, empiri och metod kan skrivas fram och problematiseras i egna texter.

Det finns också beskrivningar av en modell som benämns Piteå-modellen (Wennergren, 2007) och innebär att skriftliga synpunkter på texten lämnas i förväg och sammanställs av doktoranden. Det är sedan doktoranden som avgör vilka synpunkter som hen tycker är relevanta att diskutera, och själva seminariet utgår sedan från dessa synpunkter. Seminarieformen har följande struktur:

1. Författaren skickar texten till seminariedeltagarna minst en vecka innan seminariet.
2. Författaren beskriver vilken nivå texten befinner sig på och tydliggör vilken respons hen vill ha. Detta görs genom olika färgmarkeringar av texten.
3. När deltagarna har läst texten formulerar de sin respons i linje med författarens önskemål och skickar till samtliga deltagare i seminariegruppen som läser allas respons.
4. Författaren sammanställer och bearbetar responsen och väljer ut 2–3 frågor som ska diskuteras på seminariet och beskriver hur diskussionen ska genomföras.
5. Seminariets innehåll och form ”ägs” av författaren.

Denna seminarieform har visat sig framgångsrik för att bryta ”gamla” strukturer och ge makten till doktoranden (jfr Ferm Almqvist & Wennergren, 2016).

Ska seminariet även vara öppet för andra forskare?

Något som ofta diskuteras, och som specifikt har diskuterats i relation till de doktorandseminarier som bedrivs inom ämnet vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad (HKR), är om seminarierna ska vara öppna för

alla forskare som är intresserade. Det vill säga förutom handledare till den doktorand vars arbete diskuteras. Det finns naturligtvis argument för öppna doktorandseminarier dit alla forskare är välkomna. Föret-rädare för denna modell anger exempelvis att ”doktoranderna behöver härdas” och frågar sig ”hur doktoranderna annars ska veta vad som är rätt”, om inte seminariet också är öppet för andra forskare som kan ge kritisk input på texterna. Motargument till detta är att doktorandernas kompetens i att ställa konstruktiva och kritiska frågor oftast är hög och är något som tränas i en trygg miljö. De är dessutom oftast väl inlästa på olika ämnen och metoder. I ett ”öppet” doktorandseminarium är det inte heller lika självklart att det är doktorandernas lärande som blir i fokus; det finns snarare en risk att någon anser att hen har ”tolknings-företräde” och talar om vad som är ”rätt”. I forskarutbildningen vid HKR har vi därför valt att låta lärandet vara en central utgångspunkt under seminarierna och att de genomförs i dialog och genom reflektion i en trygg miljö. Argumentet för detta är alltså att doktoranderna ska ges möjlighet att träna och utveckla sin förmåga att argumentera och lära av varandra, utan att bli bedömda av andra.

En annan orsak till detta ställningstagande är våra (författarnas) erfarenheter av att ha deltagit vid seminarier där seniora forskare kan ta över diskussionen och ”agera facit” eller kommer oförberedda och ägnar seminariet åt att argumentera för egna ståndpunkter och den egna forskningen, även om det inte är relevant för doktorandens arbete. Vi har också erfarenhet av seniora forskare som ser som sin uppgift att ”förhöra” doktoranderna och ifrågasätta deras kommentarer genom att fråga vilken teoretisk eller empirisk bakgrund som ligger till grund för deras synpunkter, vilket kan skapa en osäkerhet och en förskjuten maktbalans – från doktoranderna till de seniora forskarna. Detta stärks även av Dahlgren (2016) som refererar till en utvärdering av ett ämne vid ett svenskt universitet där doktoranderna upplevde att vissa seniora forskare var alltför kritiska och negativa, vilket resulterade i att få doktorander vågade yttra sig, och särskilt om de hade en annan åsikt än de professorer som deltog i seminariet. Dahlgren (2016) poängterar vidare vikten av att vara medveten om den asymmetri i makthänseende som finns mellan doktorander, handledare och seniora forskare och det ansvar som vilar på seminarieledaren att sätta tonen för seminariet.

Även om det är doktoranderna som ”äger” seminarierna finns det ett behov av utsedda seminarieledare som är seniora forskare. Givetvis ska doktorandens handledare vara med under seminariet, eftersom det ibland kan vara svårt för doktoranden att i efterhand återge diskussionen eller argumentera för de ändringar som doktorandkollegorna har föreslagit. Handledarna förväntas dock hålla en låg profil och egentligen inte vara involverade i diskussionen, såvida doktoranden inte explicit i något skede efterfrågar detta. Handledarnas närvaro poängteras även i HKR:s riktlinjer för seminarium och disputation (Dnr 2021-114-78) enligt följande:

Doktoranden ska även bjuda in sina handledare till seminariet. Utöver handledare har doktoranden möjlighet att bjuda in högst tre personer med specifik ämnes- och/eller metodkompetens. Inbjudan ska vara förankrad i doktorandgruppen innan personerna tillfrågas. Minst en handledare ska närvara vid seminariet. (s. 2)

I enlighet med dessa riktlinjer kan doktoranden alltså själv bjuda in ytterligare personer om det är förankrat i doktorandgruppen. Doktorander som har disputerat får också inbjudningar till seminarierna upp till två år efter disputation. Det har dock visat sig vara svårt för dem att närvara eftersom arbetsbelastningen som nydisputerad kan vara hög och andra arbetsuppgifter därmed behöver prioriteras (jfr Lee, 2008).

Det är också viktigt att doktoranderna får prova sin förmåga att argumentera och få kritiska synpunkter på sina alster även utanför doktorandseminariets väggar. En sådan möjlighet är de seminarier som sker inom ramen för olika forskningsmiljöer, tvärvetenskapliga sammanhang och konferenspresentationer. Doktoranderna behöver också, i enlighet med examensmålen, utveckla sin förmåga att kommunicera med personer utanför vetenskapssamhället. Då är en utvecklad förmåga att ställa konstruktiva frågor och ge tydliga svar en tillgång, något som doktoranderna återkommande får möjlighet att träna vid varje seminarietillfälle.

Vid HKR har vi valt att ha två seminarieledare som har samma grundinställning till syftet med seminariet och som har sina fötter i ämnet vårdvetenskap. Dels blir det inte så sårbart om en av seminarieledarna

skulle vara frånvarande, dels kan de komplettera varandras metodologiska och ämnesmässiga kompetens. Det finns också en vinst med att en av seminarieledarna är kvinna och en är man för att förebygga eventuell obalans avseende kön. Under doktorandseminarierna vid HKR håller den ena personen i talarlistan medan den andra ansvarar för att sammanfatta synpunkterna i relation till respektive del. Dessa roller byts mellan seminarierna.

Seminariets struktur vid HKR

Som beskrivet ovan finns det vid våra lärosäten olika former av seminariekulturer och därmed olika strukturer för genomförandet. Vid HKR har vi utgått från en konventionell struktur som kontinuerligt har utvecklats i dialog med doktoranderna mellan 2011 och 2023 inom ramen för de dåvarande doktorandseminarierna vid Forskningsplattformen för hälsa i samverkan, och därefter inom ramen för forskarutbildningens seminarier.

Den aktuella texten för seminariet, som kan vara en projektplan, ett artikelmanus eller en ramberättelse, laddas upp av författaren och tillgängliggörs i ett, för doktoranderna, gemensamt rum i en digital plattform en vecka före seminariet. Om det är några specifika frågor som den aktuella doktoranden vill att kollegorna ska fokusera på vid läsningen anges det.

Doktoranden vars arbete diskuteras sitter längst fram i rummet och är i fokus, medan seminarieledaren sitter bland övriga deltagare och ansvarar för tidsramar och för att fördela ordet. Även om placeringen i rummet kan tyckas trivial, har det en betydelse ur ett maktperspektiv (jfr Löfgren, 2016). Seminariet inleds med att doktoranden gör en kort presentation av det aktuella arbetets plats i avhandlingen och om det finns frågor som hen tycker är särskilt angelägna att diskutera. Därefter följer en diskussion av arbetets olika delar, till exempel:

- Titel och syfte: Är de tydliga och ligger de i linje med varandra?
- Introduktion och bakgrund: Sätter texten problemet på kartan och är den intresseväckande? Är aktuell teori/empiri tillräckligt framskriven? Är syftets alla beståndsdelar presenterade och

framskrivna? Finns det alternativa tolkningar av problemet som inte är redovisade? Är strukturen logisk?

- Metod: Är design, kontext, urval, datainsamling och analys tillräckligt tydligt framskrivna och är de tillräckligt detaljerade (så att studien skulle kunna upprepas)? Är etiska aspekter väl beskrivna?
- Resultat: Är resultatet tydligt och logiskt och går det att följa och förstå?
- Diskussion: Vad blir viktigt att lyfta i diskussionen av resultat och metod?

Eftersom det är viktigt med en tydlig, återkommande och förutsägbart struktur har vi valt att ha fasta seminarietider under torsdagsförmiddagar som beslutas terminen innan. Till en diskussion av ett manus avsätts alltid 1 timme och 30 minuter. Vanligtvis tas två manus upp för diskussion vid varje tillfälle, med en fikapaus mellan, och ett seminarie-tillfälle varar alltså i drygt 3 timmar. Vid diskussioner av ramberättelser eller vid fördisputationer används den avsatta tiden som helhet (3 timmar). Fördisputationer genomförs när avhandlingen är tryckt (cirka 3 veckor före disputation) då doktorandkollegor och inbjudna forskare, som en del i förberedelsen inför disputation, ställer kritiska frågor i relation till ramberättelsen och delarbetena. Samtliga seminarier avslutas alltid med en reflektionsrunda där deltagarna i seminariet kan lyfta tankar och funderingar som är relaterade till den diskussion som just har förts och kan handla om själva manuset, diskussionsklimatet eller hur synpunkter har framförts eller tagits emot. Doktoranderna har därefter vanligtvis en gemensam lunch för att fånga upp om det är något ytterligare som de vill diskutera utan att handledare och seminarieledare är närvarande.

När bör en text läggas fram?

En text bör inte vara för prematur, men inte heller för färdig. En tumregel är att alla delar utom diskussionen ska vara framskrivna, men uppslag till diskussionspunkter kan gärna finnas med. Exempel på när det är "för tidigt" kan vara att analysen inte är slutförd och resultatet därmed är ofullständigt. I de fallen finns det en risk att seminariedeltagarna i stället går in i en handledarroll och försöker hjälpa till med själva analysen, snarare än att ha synpunkter på hur den faktiskt är

beskriven. Exempel på när en text är ”för färdig” kan vara att diskussionen redan är framskriven, vilket riskerar att påverka hur öppen och receptiv författaren är för att få kommentarer på resultatet, eftersom det även får konsekvenser för diskussionen som då kanske behöver ändras ganska radikalt. Det finns också en risk att författaren känner sig så ”klar” med manuset att synpunkterna från kollegorna snarare upplevs hindra processen.

Doktorandseminarierna inom vårdvetenskap vid HKR är i ständig utveckling och ovanstående beskrivning är således en nulägesbeskrivning. Förhoppningen är att de vidareutvecklas över tid i takt med att nya doktorander och handledare tillkommer.

Värt att tänka på

Den del av kapitlet som beskriver seminariets betydelse för doktorandernas lärande utgår till största del från den erfarenhet som vi författare har från olika former av seminarier. Detta präglar naturligtvis texten. Vi vill framhålla att seminariet ska vara en trygg plats för lärande, men att doktoranderna även under sin forskarutbildning behöver möta andra perspektiv och åsikter och på så vis utsättas för ytterligare granskning, exempelvis inom olika forskningsmiljöer, forskarskolor, tvärvetenskapliga sammanhang, presentationer, konferensdeltagande och vid forskningsvistelser inom och utom landet.

Att reflektera över

- Vilken erfarenhet har du av olika seminarier? Hur skulle du beskriva maktstrukturerna i de seminarierna?
- Som ansvarig för forskarutbildningen: Hur kan du stödja en positiv utveckling av en forskarutbildning med doktorandernas lärande i fokus? Vad krävs för en sådan utveckling? Hur engagerade är doktoranderna i utvecklingen av forskarutbildningen och kan de involveras mer? I så fall hur?
- Som handledare: Hur gör du för att känna av doktorandens behov? På vilket sätt anpassar du din handledning efter det?

- Som doktorand: Känner du att ditt lärande är i fokus för din forskarutbildning? Reflektera över aspekter som får dig att känna så respektive aspekter som inte får dig att känna så.

Tack till ...

... de doktorander som har gett värdefull input till texten (i bokstavsordning): Sara Alenius, Anna Bergman, Johanna Bergman, Sara Björklund, Emma Edberg Matei, Ann-Sofie Ellertsson, Tide Garnow, Fredrik Gasser, Sara Henriksson, Marie Jönsson, Anna-Carin Karlsson, Cicilia Nagel och Madelene Törnblom.

Referenser

- Bergström, O. (2003). Min röst, men med andra ord. I Strannegård, L. (red.). *Avhandlingen. Om att formas till forskare*. Lund: Studentlitteratur.
- Björck, H. (2013). *Om kollegialitet*. SULF:s skriftserie XLI. Stockholm: SULF: Sveriges universitetslärare och forskare.
- Bollnow, O.F. (1989). The pedagogical atmosphere. The perspective of the educator. *Phenomenology and Pedagogy*, (7), 13–36.
- Cronqvist, M. (2014). ”Det goda seminariet. Om självständighet och lagarbete i den akademiska verkstaden”. I *Kulturella perspektiv. Svensk etnologisk tidskrift*, 23(2), 30–38.
- Cronqvist, M., & Maurits, A. (red.) (2016a). *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.
- Cronqvist, M., & Maurits, A. (2016b). Trygga rum, kritiska rum. Forskarseminariet som kultur, lärandemiljö och arbetsform. I Cronqvist, M. & Maurits, A. (red.), *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.
- Dahlgren, A. (2016). Seminariet som plats. Torget, laboratoriet och generatorn. I Cronqvist, M. & Maurits, A. (red.), *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.
- Ferm Almqvist, C., & Wennergren, A.C. (2016). Utveckling av responskompetens: seminariet som träningsarena. I Cronqvist, M. & Maurits, A. (red.), *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.

- Heyns, T., Bresser, P., Buys, T., Coetzee, I., Korkie, E., White, Z., & Mc Cormack, B. (2019). Twelve tips for supervisors to move towards person-centered research supervision in health care sciences. *Medical Teacher*, 41(12), 1353–1358.
- Högskolan Kristianstad (2021). Riktlinjer för seminarier och disputation inom forskarutbildning i vårdvetenskap i området personcentrering för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Dnr 2021-114-78 (med senare revideringar).
- Jons, L. (2016). Pedagogisk takt. Subtila dimensioner i seminarieledarens lärarskap. I Cronqvist, M. & Maurits, A. (red.), *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.
- Kindeberg, T., Hellspong, L., Wolrath-Söderberg, M., & Brumark, Å. (2007). *Developing the seminar for postgraduate students. A cross disciplinary rhetorical approach*. Universitets- och högskolerådet.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. I C. Eisdorfer & M. P. Lawton (red.), *The psychology of adult development and aging* (s. 619–674). American Psychological Association.
- Lee, A. (2008). How are doctoral students supervised? Concepts of doctoral research supervision. *Studies in Higher Education*, 33(3), 267–281.
- Löfgren, O. (2016). Seminariet som känslorum. I Cronqvist, M. & Maurits, A. (red.), *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice*. Oxford: Wiley.
- Popovic, A. (2016). Seminariets roll i kunskapsutvecklingen. Ett doktorandperspektiv. I Cronqvist, M. & Maurits, A. (red.), *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.
- Schnaas, U. (2016). Genusperspektiv på forskarseminariet. Betydelsen av en jämställd seminariekultur. I Cronqvist, M. & Maurits, A. (red.), *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.
- van Manen, M. (1991). *The tact of teaching: The meaning of pedagogical thoughtfulness*. State University of New York Press.
- Wennergren, A.-C. (2007). Textseminarier baserade på skriftlig respons. I Matre, S. & Løkensgard Hoel, T (red.), *Skrive i nåtid og framtid II*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Öberg, L. (2016). Seminariets plats i forskarutbildningen. Kriser, kollegialitet och kunskapssyn mellan 1700-tal och 2000-tal. I Cronqvist, M. & Maurits, A. (red.), *Det goda seminariet: forskarseminariet som lärandemiljö och kollegialt rum*. Makadam förlag.

Om författarna

Anna-Karin Edberg (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hon var, i sin roll som vicerektor för forskning vid HKR, involverad i arbetet med att utveckla forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande och var därefter studierektor för samma utbildning. Hon handleder flera doktorander inom området personcentrering och var seminarieledare för doktorandseminarierna i vårdvetenskap under åren 2011–2017 och 2022–2024.

Albert Westergren är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR) samt hälso- och sjukvårdsstrateg i Region Skåne. Han var, i sin roll som forskningschef för Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, HKR, involverad i arbetet med att utveckla forskarutbildningen inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande. Han undervisar i forskarutbildningen och handleder doktorander inom området personcentrering. Han har varit seminarieledare för doktorandseminarierna sedan 2017.

16 En modell för personcentrerad forskarhandledning

Anna-Karin Edberg, Sara Alenius, Åsa Bringsén, Daniella Dinse, Maria Haak, Sara Henricsson, Madelene Törnblom & Albert Westergren

Inledning

Detta kapitel har fokus på personcentrerad handledning och utgår från en modell som vi författare, tillsammans med övriga doktorander och handledare inom ämnet vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad (HKR), har utvecklat. Modellen har vuxit fram genom diskussioner vid gemensamma handledar- och doktorandträffar under åren 2022–2023 och kan användas som utgångspunkt och underlag för diskussioner inom handledningskonstellationen (det vill säga doktorand och handledare). Den kan också användas mellan handledare för att synliggöra och diskutera varandras sätt att handleda och de maktpositioner som kan finnas inom gruppen. Kapitlet vänder sig främst till dig som är, eller funderar på att bli, handledare i forskarutbildning och till dig som är doktorand, men även till andra som är intresserade av handledning.

I centrum för modellen finns mötet mellan doktorand och handledare, det vill säga det ”rum” där doktorand och handledare möts och de egenskaper och förhållningssätt som har betydelse för att handledningen ska bli personcentrerad. Relationen mellan handledare och doktorand är speciell med tanke på att den är så pass långvarig och nära, vilket kan innebära utmaningar. Modellens utgångspunkter är en gemensam värdegrund som har en humanistisk och etisk bas samt ett personcentrerat klimat och miljö. I modellen betonas även förutsättningar i form av möjlighet till reflektion samt tid och resurser.

Modell för personcentrerad handledning

Området för forskarutbildningen i ämnet vårdvetenskap vid HKR är personcentrerad för hälsa och välbefinnande. Den forskning och forskarutbildning som bedrivs har i stor utsträckning fokus på forskning

om personcentrering och forskning som *är* personcentrerad. I linje med detta bör även forskarutbildningen *vara* personcentrerad, det vill säga, utgå från doktorandens behov och sätta doktoranden i centrum. Utbildningen är också uppbyggd utifrån denna utgångspunkt, det vill säga med nytta för doktoranden som en viktig ledstjärna.

Vad skiljer då en personcentrerad handledning från begreppet studentcentrering som ofta används för lärande i högre utbildning? Varför använder vi helt enkelt inte det begreppet? Vi kan dra paralleller till den diskussion som förs när det gäller skillnaderna mellan begreppen patientcentrering och personcentrering inom hälso- och sjukvården. Exempelvis har Håkansson Eklund med flera (2019) studerat skillnaderna och menar att tyngdpunkten i patientcentrering handlar om att sträva efter att patienten ska ha ett *fungerande* liv, medan personcentrering handlar om att sträva efter ett *meningsfullt* liv. Personcentreringen går alltså ett steg längre, där förståelsen inte begränsas av vilket känslomässigt stöd patienten behöver, utan ser till hela personens liv och vad som ger det mening. I linje med denna diskussion skulle alltså studentcentrering handla om att stödja doktoranderna för att studierna ska fungera, medan personcentrering skulle kunna handla om att se hela personen och fokusera på att studierna ska vara meningsfulla. Läs mer om personcentrering i förhållande till studentcentrering i kapitel 13 i denna bok.

Vad är då en personcentrerad handledning och vad skiljer den i så fall från ”vanlig” handledning? Detta är något som återkommande har diskuterats i det handledar- och doktorandkollegium som träffas varje termin. Träffarna består dels av en gemensam del där alla samlas för att diskutera i förväg bestämda och aktuella frågor eller områden, dels en del där handledare och doktorander träffas var för sig för att diskutera specifika frågor som endast rör dem. Diskussionerna har lett fram till en modell för personcentrerad handledning som presenteras närmare i den följande texten.

Hur har modellen utvecklats?

Vid flera av träffarna under 2022 och 2023 har frågan ”Vad är personcentrerad handledning?” diskuterats. Vid den första träffen delade handledare och doktorander upp sig var för sig i mindre grupper för att

diskutera vad som karaktäriserar en handledning som är personcentrerad. Grupperna redovisade sina diskussioner med hjälp av Post-it-lappar där egenskaper eller förhållningssätt hade noterats. Även vid nästa träff skedde diskussionen i smågrupper och utgick från en sammanställning av samtliga Post-it-lappar från föregående träff. Denna gång bestod grupperna av både handledare och doktorander och sattes samman utifrån att doktoranderna inte skulle ha sina egna handledare i samma grupp. Deltagarna ombads att specifikt diskutera vad som skiljer personcentrerad handledning från annan handledning. Grupperna utsåg en ordförande och en sekreterare inom sig och redovisade sina diskussioner såväl muntligt som skriftligt.

I ett nästa steg genomfördes en innehållsanalys av minnesanteckningarna från den sista träffen (muntligt och skriftligt underlag). Två av författarna till detta kapitel (AKE och AW) markerade varje utsaga som sedan sorterades baserat på sitt innehåll, det vill säga utsagor med liknande innehåll fördes samman i kluster. Därefter diskuterade vi vad utsagorna i respektive kluster handlade om, vilket resulterade i sju kategorier: *utgångspunkter* i form av (1) personcentrerad kultur och miljö samt (2) gemensam värdegrund, *förutsättningar* i form av (3) tid och resurser samt (4) möjligheten till reflektion, och det som handlade om *centrala roller och egenskaper*: (5) doktoranden, (6) handledaren och (7) själva mötet dem emellan (handledningen), se tabell 1. Slutligen formulerades textnära bärande begrepp som var relaterade till respektive kategori.

Tabell 1. Kategorisering av innehållet i diskussionerna.

Huvudkategorier	Underkategorier
Utgångspunkter	Personcentrerad kultur och miljö
	Gemensam värdegrund
Förutsättningar	Tid och resurser
	Möjlighet till reflektion
Centrala roller och egenskaper	Doktoranden
	Handledaren
	Handledningen

I nästa steg skapade vi en tentativ modell (version 1) som skickades ut till alla handledare och doktorander där de uppmanades att komma med input. Sammanlagt sex personer (medförfattare till detta kapitel) återkom med synpunkter på modellen som därefter omarbetades och skickades ut på nytt (version 2) och godkändes. I ett sista steg skrevs en mer utförlig beskrivning av själva modellens olika delar, vilket ledde till att vi upptäckte en viss överlappning mellan de aspekter som rörde den gemensamma värdegrunden och därför re-analyserades utsagorna som var relaterade till just värdegrund. Samtliga doktorander inom vårdvetenskap diskuterade därefter den justerade modellen och ytterligare mindre justeringar gjordes (version 3). Den slutliga versionen godkändes därefter av alla författare (se figur 1).

Figur 1. Modell för personcentrerad handledning.



Utgångspunkter

I modellen är det *personcentrerade klimatet och miljön* ett paraply för, och ska genomsyra, praktiken. Modellen vilar på en *gemensam värdegrund* som har sin bas i etiken (se figur 1). Dessa utgångspunkter beskrivs närmare i den följande texten.

Ett personcentrerat klimat och miljö

Handledningen ska genomsyras, och omges, av ett personcentrerat klimat och en personcentrerad miljö. Vad innebär då det? Vi kan dra

paralleller till den forskning som finns om vad ett personcentrerat klimat är inom en vårdkontext. Edvardsson med flera (2008; 2009) lyfter tre grundläggande faktorer som kan ses som relevanta även i en forskarutbildningsmiljö: (1) trygghet, (2) vardaglighet och (3) gemenskap. Trygghet handlar om att känna sig välkommen, att bli sedd och att kunna vara sig själv. Det vill säga att känna sig uppskattad för den en är. Vardaglighet innebär att det finns ett lugn och att det är ”hemtrevligt”. Just begreppet ”hemtrevlig” kan kännas lite bakvänt för en arbetsplats, men synonymer som trivsamt, ombonat, behagligt och bekvämt kan vara relevanta när vi talar om vår arbetsplats. Den tredje faktorn, gemenskap, handlar om att det finns möjlighet till, och utrymme för, gemenskap och att det finns någon att prata med om så önskas. Ett personcentrerat klimat handlar alltså inte bara om hur vi möter varandra, utan även om att det ska finnas förutsättningar i hur det fysiska rummet är utformat. Hur handledare och doktorander är placerade, tillsammans eller utspridda, och om det finns naturliga mötesplatser för spontana samtal, har således betydelse för ett personcentrerat klimat.

Målet är att arbetsplatsen ska vara en plats för ”flourishing”. Begreppet är svårt att översätta till svenska, men oftast används ordet ”blomstra”. McCormack och Titchen definierar flourishing på följande sätt:

Människans ”blomstring” sker när vi binder och ramar in naturligt samexisterande energier, när vi omfamnar det kända och det ännu inte kända, när vi införlivar kontraster och när vi uppnår stillhet och harmoni. När vi ”blomstrar”, ger och erhåller vi kärleksfull vänlighet. (McCormack & Titchen 2014, s. 19, förf. översättning)

Seligman (2011) beskriver att flourishing uppstår när vi ägnar uppmärksamhet åt, och medvetet utvecklar och bibehåller, de fem komponenterna i PERMA-modellen:

- Positiva känslor
- Engagemang
- Relationer
- Mening
- Prestationer/förverkligande (eng. accomplishments).

De fem komponenterna handlar inte enbart om oss själva, det vill säga vårt sätt att vara och handla. Det involverar även omgivningens sätt att vara och handla och de relationer vi har med varandra. På så vis är flourishing någonting som är beroende av kontext. Vi är i ett ”sammanhang” och påverkar och påverkas således av övriga personer i det sammanhanget. För att läsa mer om flourishing, se McCormack med flera (2021).

En gemensam värdegrund

I modellen finns en gemensam värdegrund som har sin bas i de bärande begreppen: *människovärde och människosyn, autonomi samt integritet och autenticitet* (se figur 1).

Människovärde och människosyn

Människovärde och människosyn handlar om hur vi värderar och ser på varandra. Respekt för människovärdet innebär att respektera alla människors lika värde och att alla personer har grundläggande rättigheter att få vara den en är. Hedenius (1982) skriver: *”Att alla människor har samma värde är detsamma som att alla människor har samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade, och att ingen människa i detta avseende är förmer än någon annan”* (s. 19). Det innebär att ingen är överordnad den andre utan befinner sig på samma nivå, oavsett vilka maktstrukturer och akademiska hierarkier som finns i handledningskonstellationen, det vill säga att relationen är jämbördig. Hur skapas då ett jämbördigt partnerskap i en miljö där hierarki råder? Ett jämbördigt partnerskap har sin grund i ömsesidig respekt och kan komma till uttryck genom att handledarna möjliggör att doktoranden kan påverka sin situation som doktorand samt att doktorandens önskemål är en relevant grund för beslut som ska fattas när det gäller doktorandprojektet. Det jämbördiga partnerskapet innebär också att det finns en inbördes förståelse och respekt för varandras kunskaper. Doktoranden har sina unika erfarenheter, kunskaper, förmågor och kännedom om hur det är att vara doktorand idag. Handledarna å sin sida har professionell kunskap om forskning och har sina erfarenheter, kunskaper och förmågor. McCormack med flera (2021) menar att respekt för andra och en ömsesidig respekt och förståelse hör till de grundläggande värderingarna (core values) för personcentrering.

Ett annat begrepp som är nära sammankopplat med ömsesidig respekt är tillit. Tillit var också ett återkommande begrepp i diskussionerna under handledar- och doktorandträffarna. Det beskrevs som *”tillit till varandras erfarenheter (mellan handledare, mellan handledare och doktorand och mellan doktorander)”* och *”tillit till varandras vilja och engagemang ... tillit är ett mål man jobbar mot, genom en dynamisk process”*. Det fanns också tydliga kopplingar mellan tillit och respekt: *”Respekt för varandra krävs för att skapa tillit”*. Tillit är även ett begrepp som hör till värdegrunden för ett personcentrerat förhållnings-sätt och som har en avgörande betydelse för att skapa en framgångsrik relation. Tillit handlar om ömsesidigt förtroende och respekt. En tillitsfull relation är grundläggande för att tillsammans kunna arbeta mot samma mål, respektera varandras perspektiv och samverka för att uppnå bästa möjliga resultat (läs mer om tillit i kapitel 1 i denna bok).

Sammanfattningsvis är den humanistiska grundsynen, som sätter människan och människovärdet i centrum, det vill säga respekt för allas lika värde, och tillit viktiga beståndsdelar i den gemensamma värdegrunden.

Autonomi

Autonomi innebär rätten till självbestämmande. Det innebär att en själv ska få bestämma över sitt eget liv och sina handlingar under förutsättning att det inte kränker andras självbestämmanderätt (Smer, 2024). Det skulle, omsatt i en forskarutbildningskontext, kunna innebära rätten att bestämma över sin utbildning, inom utbildningens ramar. Allen och Clarke (2007) diskuterar hur stödjande lärmiljöer på ett lärosäte bäst skapas och menar att en av de viktigaste aspekterna är att erbjuda alternativa vägar för att främja lärande. Utbildningens ansvar är alltså att erbjuda olika pedagogiska metoder medan doktorandens ansvar är att självständigt arbeta mot sitt mål för lärande. Detta ligger i linje med begreppet *”självreglerat lärande”* (Zimmerman & Schunk, 2011) där studenten sätter upp sina egna mål genom att reflektera över sitt eget lärande, sin motivation och sina lärandeprocesser. Vikten av självbestämmande lyfts också av McCormack med flera (2021), som menar att rätten till självbestämmande (right to self-determination) hör till de grundläggande värderingarna för personcentrering.

Integritet och autenticitet

Begreppen integritet och autenticitet är relaterade till autonomi. Med personlig integritet menas att personen är ärlig, sammanhållen och konsekvent (jfr Flodin & Engström, 2013). Att respektera en persons *integritet* handlar om att respektera personens egen sfär, privatliv och rätt till skydd av det privata och personliga. Det finns dock en skillnad mellan att vara privat och personlig, även om den är diffus. Det som är privat avser oftast ens innersta tankar eller händelser som kanske bara delas med ett fåtal personer, medan det personliga kan handla om att dela åsikter eller tankar om vad som händer i livet just nu. Gränsen mellan vad som är privat och personligt avgörs av varje person.

Lee (2008) lyfter skillnaden mellan det privata och det professionella och att dessa roller behöver hållas isär i relationen mellan handledare och doktorand. Det är dock en balansgång som inte alltid är helt enkel. Lee (2008) har intervjuat handledare inom olika fält som menar att det inte är helt ovanligt att tidigare doktorander blir framtida vänner. Däremot kan det vara komplicerat att kombinera rollerna under själva utbildningen. Det förekommer även att kärleksrelationer mellan handledare och doktorand uppstår under utbildningen, vilket komplicerar situationen ytterligare, liksom kärleksrelationer mellan handledare. I båda fallen ska handledaren ersättas av någon annan. Vid HKR finns tydliga jävsregler som gäller relationen doktorand–handledare, men också mellan handledare, där varje handledare skriftligt intygar när doktoranden antas till utbildningen att det inte finns något närstående eller delikatessjäv¹⁴ och förbinder sig att omedelbart rapportera till studierektor om en sådan situation skulle uppstå.

¹⁴ Med delikatessjäv avses vänskap eller ovänskap eller ekonomiskt beroende. Det kan också handla om engagemang i ett ärende på ett sådant sätt att det lätt kan uppkomma misstankar om att förutsättningarna för opartiskhet brister.

Är det då något problem med att en doktorand och handledare utvecklar en nära och privat vänskap under utbildningen? Det kan givetvis diskuteras, men det skulle kunna vara en grund för misstro eller en känsla av utanförskap hos de övriga doktoranderna som den aktuella handledaren handleder. Det skulle också kunna försvåra den frigörelseprocess från handledaren som krävs för att bli en självständig forskare, eftersom det blir otydligt vad en ska frigöra sig från. Frigörelsen kan då bli traumatisk eftersom handledaren eller doktoranden kan ha knutit den andra parten så nära sig att det enda sättet att ”bli fri” är att bryta kontakten helt.

Autenticitet handlar om att kunna vara äkta – att vara sig själv. McCormack med flera (2021) menar att personcentrering förutsätter att en är autentisk och att det alltid kommer att märkas om en försöker vara ”någon annan”. Men att stå för den en är kanske inte alltid är så enkelt om ”normen” är en annan och omgivningen inte accepterar något utanför den. Det är också viktigt att komma ihåg att det kan vara självutlämnande att blotta sin osäkerhet och rädsla och att det gör oss sårbara. Braf (2023) menar att det krävs mod för att vara autentisk och våga vara öppen och ärlig i relation till andra. Det krävs också mod att våga agera utifrån det vi genuint vill, tror på och önskar. Vi behöver vara medvetna om vår inre kompass (värdegrund) och reflektera över syftet och meningen med det vi gör.

Förutsättningar

För att handledningen ska kunna bli personcentrerad anges två viktiga förutsättningar: *möjlighet till reflektion* och *tid och resurser* (se figur 1). Dessa beskrivs närmare i den följande texten.

Möjlighet till reflektion

En viktig förutsättning för personcentrerad handledning är möjligheten till reflektion. Grimen och Nortvedt (2006) förklarar begreppet reflektion med att ”ta ett steg tillbaka och försöka förstå vad det personen har observerat eller erfarit innebär”. Genom reflektion kan våra erfarenheter bli till kunskap och leda till ett mer medvetet handlande. Schön (1983), som har utvecklat begreppet ”reflekterande praktik”, menar att reflektion är något som krävs för att professionella ska utmana sin

initiala förståelse av olika situationer. En reflekterande praktik omfattar både reflektion *i* handling och reflektion *över* handling. Med reflektion *i* handling avses en reflektion över något samtidigt som det utförs: ”Varför gör jag som jag gör?”. Tanke och handling går därmed in i varandra. Denna reflektion behöver inte vara uttalad utan kan beskrivas som en känsla som leder vidare till ett beslut om hur handlingen ska fortskrida. Reflektion *över* handling är något som sker i efterhand, individuellt eller verbalt tillsammans med andra. Reflektion *över* handling ger en möjlighet att fundera över varför vi handlar på ett visst sätt och kan därmed minska risken för att hamna i ”oreflekterade” mönster av handlande (Schön, 1983). Reflektionen kan således spela en viktig roll för att synliggöra underförstådda värderingar och normer som ligger till grund för vad vi uttrycker eller hur vi handlar. Att reflektera tillsammans om samma fenomen kan också vara värdefullt för att synliggöra att det finns en variation av olika föreställningar.

Hur kan vi då använda reflektionen som redskap när det gäller personcentrerad handledning? Ett konkret exempel är att i handledningssituationen tillsammans reflektera över teorier, begrepp eller metoder för att få syn på den andres förståelse. Om det finns olika bilder av vad exempelvis personcentrering innebär får det i sin tur konsekvenser för hur forskningen genomförs. På en mer övergripande nivå kan modellen (se figur 1) ligga till grund för att tillsammans (handledare och doktorander) reflektera över uttryck för maktstrukturer och betydelsen av olika roller, eller förväntningar. Modellen kan också användas i handledargruppen för att diskutera utmaningar i handledarrollen. Schön (1983) menar att det behöver finnas utrymme för kontinuerlig reflektion för att kunna utveckla sin professionella kompetens. Det kräver givetvis mod, men även utrymme, vilket leder oss vidare till nästa förutsättning, som är tid och resurser.

Tid och resurser

Tid och resurser ser olika ut för doktorander och handledare. Även om fyra års heltidsstudier kan kännas som oceaner av tid för att gå en forskarutbildning handlar det om att prioritera hur tiden bäst ska disponeras. De resurser som handledarna har till förfogande för handledning är begränsade och ska konkurrera med andra arbetsuppgifter. Det är därför viktigt att lärosätet avsätter resurser för handledning och därmed

signalerar handledningens betydelse, även om denna tid vanligtvis har låg överensstämmelse med den verkliga tiden för handledning. Det kan också vara en fördel när doktorander ingår i handledares projekt och att forskningstiden inom ramen för projektet och handledningstiden därmed sammanfaller.

Det finns också andra aspekter som påverkar tid och resurser. Det är inte helt ovanligt att handledaren pushar på för att doktoranden ska bli färdig i tid, trots att det skulle vara bättre för doktoranden att arbeta i en annan takt. Eller att externa medel som ska återskötteras styr agendan framför doktorandens behov av lärande. Det kan också vara värt att fundera över om det är så att graden av personcentrering i sin tur påverkar tid och resurser. En utsaga från handledar- och doktorandträffarna var bland annat: *”Ju mer personcentrerad miljö – desto mindre handledarinsats kan potentiellt behövas”*. Om det exempelvis finns möjlighet till gemensam reflektion och tid för att träffas i doktorandkollegiet, ökar möjligheterna för att skapa en stark gemenskap i doktorandgruppen och använda varandra som stöd och diskussionspartner. Detta ligger i linje med begreppet peer-learning, det vill säga när medstudenter är engagerade som partner i undervisningen. Stigmar (2016) beskriver att lärare inte tror att peer-learning nödvändigtvis leder till bättre akademiska resultat eller ett mer djupgående lärande, men att det finns andra pedagogiska fördelar, som ett förbättrat kritiskt tänkande, inläring, motivation, samarbetsförmåga och kommunikativa färdigheter, så kallade generiska färdigheter.

Centrala roller och egenskaper

Modellen består av roller och egenskaper hos de två aktörer som tillsammans möts under handledningen: (1) *doktorand* och (2) *handledare*, och beskriver förutsättningar och egenskaper som är betydelsefulla. Mellan dem ligger (3) *handledningen*, det vill säga det som sker i det ”rum” där mötet dem emellan sker (se figur 1). Respektive område utvecklas nedan i relation till de bärande begrepp som beskrevs i relation till respektive kategori (markerade i kursiv stil).

Doktorand

De bärande begrepp som relaterar till doktoranden är att hen (a) är *expert på sin egen situation*, (b) är en person med *unika erfarenheter, behov och förväntningar*, (c) har en *individuell progression*, (d) *tar ansvar för det egna lärandet*, (e) har en *god självkännet*, och (f) har *förmåga att arbeta i team*.

I personcentrerad handledning är det doktoranden som är *expert på sin egen situation* och upplevelse, vilket ligger i linje med den personcentrerade filosofin. Det går alltså inte att utgå från en fast mall för handledning och tro att den fungerar för alla – den måste utgå från den personens *unika behov*. I början av en utbildning är det dock inte helt enkelt att veta vilka de egna behoven är. Det är en helt ny situation med krav som en kanske inte ens kan föreställa sig. Det kan därför vara av betydelse att diskutera tidigare erfarenheter av utbildningar, exempelvis från magister- eller masterutbildningar, och använda det som en utgångspunkt för diskussion. Även andra erfarenheter som kan vara av betydelse för utbildningen och handledningen är viktiga att lyfta fram. Det ger också handledarna en bättre utgångspunkt att kunna anpassa handledningen till doktorandens behov. Vissa doktorander kan behöva mycket praktiskt stöd exempelvis i analys- och skrivprocessen, medan andra doktorander som kanske redan har publicerat egna artiklar kan behöva stöd för att utmana sig själva ytterligare, för att känna tillfredsställelse med sin utbildning och progression.

Det är även viktigt att tidigt tydliggöra vilka *förväntningar* doktoranden har på sin utbildning: Är det en anställning eller en utbildning? Är målet att utveckla sina färdigheter och förmåga eller att skriva en avhandling? I vilken utsträckning förväntas doktoranden visa självständighet och i vilka situationer? Förväntas en att arbeta under semestern? Hur ska handledningsträffarna läggas upp och när kan en förvänta sig att få feedback på texter? Det och många andra frågor finns samlade i ett underlag för diskussion (se bilaga 1 till detta kapitel) som genomförs årligen i anslutning till att den individuella studieplanen uppdateras. Vissa frågor får större utrymme i början av utbildningen, medan andra frågor, som exempelvis rör karriärplanering, får mer utrymme mot slutet av utbildningen. Diskussionsunderlaget omfattar även handledarnas förväntningar, och när dessa kontrasteras mot doktorandens för-

väntningar kan en diskussion kring de frågor där de skiljer sig åt fördjupas.

Det är också viktigt att poängtera att alla doktorander har en *individuell progression*. Liksom med övriga aspekter är det alltså viktigt att utgå från den unika doktorandens situation. Olika doktorander har, som tidigare nämnts, olika behov och erfarenheter, och progressionen mot att uppnå examensmålen ser följaktligen väldigt olika ut. För att underlätta denna resa finns inom forskarutbildningen i vårdvetenskap vid HKR två obligatoriska kurser som löper över hela utbildningen: "Lärande och progression inom forskarutbildning" (I och II), som har fokus just på den individuella progressionen över tid. Som bas samlar doktoranden korta berättelser och reflektioner från olika lärsituationer; det kan handla om handledningssituationen, seminarier, kurser, presentationer eller andra händelser under utbildningen. Dessa texter utgör därefter grund för reflektion över lärandet och knyts an till litteratur inom fältet. För att läsa mer om kursernas innehåll, se HKR:s hemsida.

Kurserna om lärande och progression bidrar också till att stödja doktoranden i att *ta ansvar för det egna lärandet*. Att reflektera över sitt eget lärande synliggör egna styrkor och utmaningar. Den individuella studieplanen omfattar också en reflektion av det egna lärandet i relation till examensmålen, vilket innebär att en årlig dialog förs med handledare och studierektor om vilka kurser och andra moment som behövs för att nå examensmålen. Exempelvis bör diskussionen om vilka valbara kurser som doktoranden ska gå grunda sig i doktorandens egen reflektion över vilken ytterligare kunskap som behövs. Att ta ansvar för det egna lärandet omfattar även att söka litteratur och läsa in sig på de områden som avhandlingen omfattar, såväl ämnesmässigt som metodmässigt.

När det gäller själva handledningssituationen är ett sätt för doktoranden att visa att hen tar ansvar för det egna lärandet att sätta agendan för handledningen. Det är doktoranden som bäst vet vilka behov hen har. Genom att i förväg skicka ut en dagordning till handledarna för vad handledningstillfället ska fokusera på kan också doktoranden "ta makten" över handledningssituationen och agera ordförande för handledningen. Det kan också vara bra om doktoranden för minnes-

anteckningar över vad som har diskuterats under handledningen som delas med handledarna efteråt. Det ligger i linje med begreppet empowerment, det vill säga varje persons behov av att kunna påverka sin tillvaro genom självbestämmande, delaktighet och oberoende. Empowerment är också, tillsammans med respekt för personer, självbestämmande samt ömsesidig respekt och förståelse, ett av grundbegreppen för en personcentrerad praktik (McCormack m.fl., 2013). McCormack med flera (2013) menar att det krävs en kultur som präglas av empowerment för att en verksamhet ska utvecklas. Det är alltså av största vikt att även handledarna på olika sätt stödjer doktorandens möjlighet att ta makten över sitt eget lärande.

Ett annat bärande begrepp som lyfts i relation till doktoranden är självkännedom som i sin tur krävs för att kunna förmedla sina behov. Hur utvecklas då en *god självkännedom*? Självkännedom handlar om att känna sig själv och att kunna se sig själv och hur en reagerar i olika situationer och sammanhang. Även om en persons självkännedom byggs upp redan under barndomen, kan den fördjupas under livet genom livserfarenhet och genom att medvetet arbeta med att öka förståelsen för sig själv genom att reflektera över hur en agerar och reagerar. Självkännedom omfattar även lärandet, det vill säga att reflektera över hur en lär sig bäst och hur en ska prioritera. Se tidigare avsnitt om vikten av möjlighet till reflektion i detta kapitel.

Vikten av att *arbeta i team* gäller såklart både doktorander och handledare. I nya handledarkonstellationer är teammedlemmarna personer som inte tidigare har arbetat tillsammans, och det kan därmed ta tid att hitta sina roller. Oftast känner handledarna varandra, och doktoranden blir därmed ”nyast” i gruppen, vilket kan leda till en känsla av utanförskap. Det finns också en risk att handledarna i teamet positionerar sig i förhållande till varandra, något som kan medföra att doktoranden kommer i kläm. Hur, och under vilka former, samtalet om samarbetet i teamet ska föras, är något som har diskuterats under våra doktorand- och handledarträffar, och åsikterna går isär. Vissa doktorander poängterar att eftersom doktoranden också är en teammedlem så ska dessa diskussioner föras tillsammans med doktoranden. Detta ställningstagande förespråkar alltså inte att handledarna i teamet träffas utan doktoranden för att diskutera sitt interna samarbete, vilket beskrivs

kunna leda till en känsla av utanförskap. Andra doktorander lyfter fram att eftersom det är viktigt att handledarkonstellationen fungerar inbördes, behöver de ibland träffas utan doktoranden för att diskutera sina inbördes roller. I linje med denna åsikt lyfts också att de handledare som är juniora forskare och kanske är handledare för första gången kan behöva extra stöd i sin roll, vilket inte behöver vara relaterat till den aktuella doktoranden. Det finns således både för- och nackdelar med olika förhållningssätt; huvudsaken är att det finns möjlighet att diskutera hur vi vill att teamet ska fungera och hur vi når dit.

Handledare

De bärande begrepp som lyfts fram när det gäller handledare är att hen ska vara (a) *trygg i handledarrollen som erfaren "icke-expert"* och en person som har (b) en *pedagogisk flexibilitet med lärandet i fokus*, (c) *förmåga att lyssna in*, (d) en *god självkänedom* och (e) *förmåga att arbeta i team* (se figur 1).

Att vara *trygg i sin handledarroll* kräver både kunskap och erfarenhet. Alla handledare måste ha gått en forskarhandledarutbildning för att kunna bli handledare vid HKR samt vara väl förtrogna med vad Högskoleförordningen och andra relevanta policyer och riktlinjer föreskriver, men även vara grundad i utbildningens område, det vill säga personcentrering för hälsa och välbefinnande. Det är också viktigt att vara motiverad och ha ett genuint intresse av att handleda doktorander. Att vara *trygg i sin handledarroll* innebär också att känna sig väl förtrogen med vad rollen som handledare innebär och att en har tagit tydliga steg från sin tidigare roll som doktorand. Lee (2008) lyfter att det är vanligt att många handledare använder sin egen erfarenhet som doktorand som argument för varför de handlar på ett visst sätt och hänvisar till att deras egen handledare gjorde så. Det visar på den betydelse som handledaren kan ha som rollmodell, men det finns även en risk att det bidrar till att "gamla strukturer" bevaras. Det händer också att nya handledare använder den egna forskarutbildningen som utgångspunkt, snarare än en reflektion utifrån doktorandens behov och den aktuella forskarutbildningens krav. Det är alltså viktigt att handledaren identifierar sig som just handledare och inte doktorandkollega eller samtalspartner, även om det goda samtalet är en förutsättning för själva handledningen. Det finns alltså en särskild utmaning för hand-

ledare som själva är nydisputerade, eller som efter flera år efter disputation ännu inte riktigt har funnit sin forskar- och handledarroll. Återkommande diskussioner och reflektioner i handledarkollegiet kan vara ett sätt att synliggöra detta och ge möjlighet att stödja varandra och därmed skapa en prestigelös kollegialitet.

Att som handledare vara en *erfaren "icke-expert"* ligger i linje med att experten i detta sammanhang är doktoranden. Som handledare kan en alltså endast utgöra ett stöd. Det är dock ofrånkomligt att handledarna har fördjupade kunskaper och erfarenheter inom vissa områden. Det är också en fördel om handledarna inom gruppen har kunskap om varandras kompetens, något som bör diskuteras inom handledarkonstellationen: Vilka är dina styrkor och hur kan vi använda dem på bästa sätt i olika situationer?

Handledarens förmåga till *pedagogisk flexibilitet* med lärandet i fokus och *förmåga att lyssna in* hör ihop och ses som viktigt för att handledningen ska bli personcentrerad. Att ha en förmåga att lyssna in är en egenskap som kan och bör tränas och utvecklas. Att vara lyhörd för det som doktoranden uttrycker kan ses som en av grunderna i den goda handledningen och i personcentrering. Det hänger även samman med synen på vem som är "expert". Om handledaren ser sig själv som expert finns en risk att hen ständigt talar om för doktoranden vad hen ska göra i olika situationer. För att handledningen ska bli personcentrerad krävs att olika utmaningar diskuteras tillsammans, vilket kan bidra till att handledningen får en annan riktning och innebörd. Att vara pedagogiskt flexibel och ha lärandet i fokus innebär att som handledare anpassa sig till doktoranden och olika situationer samt använda olika pedagogiska metoder för att stödja doktoranden att lösa olika utmaningar. Att ha *lärandet i fokus* diskuteras i kapitel 15 och lyfts därför inte specifikt här.

Vikten av en god självkänedom var något som gruppen beskrev som avgörande både för handledare och doktorand, se tidigare beskrivning i detta kapitel under Doktorand.

Andra aspekter som är viktiga för att handledningen ska bli personcentrerad är att även handledare har en *förmåga att arbeta i team*. Handledning är ett teamarbete. Det räcker att vi går 20 år tillbaka i tiden då

doktorandhandledning ofta sågs som något som den ensamma professorn utförde och oftast till en stor grupp doktorander samtidigt. Det kunde möjligtvis finnas ytterligare någon handledare som fanns med av strategiska skäl, men som sällan hade något att säga till om. Inom vissa ämnen och vid vissa lärosäten förekommer detta dessvärre fortfarande. Enligt Högskoleförordningen (SFS 2024:1305) ska en doktorand ha minst två handledare. Inom ämnet vårdvetenskap vid HKR är det dock vanligast att doktoranden har tre handledare, ibland fler. Det finns såklart både fördelar och utmaningar med båda varianter. Att ha enbart två handledare kan medföra en sårbarhet om en av handledarna blir sjuk eller slutar, medan fyra till fem handledare kan medföra andra utmaningar som rör ansvarsfördelning och återkoppling till doktoranden.

Teamarbete kräver i sig samsyn, en tydlig ansvarsfördelning och öppenhet för olika kompetenser. När olika personer bidrar med olika kompetenser har de tillsammans större möjlighet att erbjuda doktoranden det stöd som hen efterfrågar. Det förekommer också att externa rådgivare/konsulter bjuds in för att delta i olika studier, och de blir därmed teammedlemmar, utan att för den sakens skull vara handledare. Att arbeta i team kan dock vara utmanande. Samsyn är något som efterfrågas, men som också kan problematiseras och diskuteras. Samsyn om vad? Risken är att handledarna ”pratar sig samman” innan handledningen och att doktoranden därmed möts med en gemensam åsikt, snarare än olika åsikter. I början av utbildningen kan det möjligtvis vara förvirrande att handledarna tycker olika, men det är så vetenskapen är beskaffad – det finns sällan något som är rätt eller fel – det ”beror oftast på”. Det kan dock finnas tillfällen när det finns en vinst i att gemensamt diskutera den återkoppling som ska ges, speciellt om doktoranden befinner sig under press och har svårt att sortera bland ibland motstridiga synpunkter. Samsyn handlar alltså inte om att handledarna måste tycka likadant, utan betonar att de ska dela den gemensamma värdegrund som krävs för personcentrerad handledning i ett klimat och en miljö som är personcentrerad.

Under en av handledar- och doktorandträffarna inom vårdvetenskap där en artikel om doktoranders upplevelser av medhandledarskap diskuterades (Hansson & Schmidt, 2023), lyftes möjligheten att handledar-

teamet (huvudhandledare och biträdande handledare till en doktorand) skulle ha regelbundna avstämningar med studierektor, likt de samtal som årligen förs med doktoranden. Det skulle alltså vara en annan form av samtal än de som sker med individuella handledare och där fokus snarare skulle ligga på samarbetet inom teamet.

Handledning

I den mittersta cirkeln beskrivs själva handledningen. Den personcentrerade karaktär som handledningen bör ha vilar på de bärande begreppen (a) *tydliga förväntningar och mål*, (b) *fokus på både uppgift och relation*, (c) *lyhördhet för varandra och en transparent kommunikation*, att (d) *beslutsfattandet ska vara delat* och att det finns en (e) *medvetenhet om olika roller och maktförhållanden* (se figur 1).

För att handledning ska vara personcentrerad ska alltså *förväntningar och mål tydliggöras*. Förväntningarna på utbildningen som helhet diskuteras i det tidigare nämnda diskussionsunderlaget (se Bilaga 1), men förväntningar och mål i relation till själva handledningen kan förslagsvis lyftas i början av varje handledning eller inkluderas i den dagordning som doktoranden skickar ut inför mötet. Det är alltså doktorandens mål och förväntningar som ska leda handledningen framåt.

Handledningen ska vidare ha *fokus på både på uppgift och relation*. Det är alltså inte enbart fokus på sakfrågan utan även på det sätt vi möter varandra. Enligt den så kallade Umeåmodellen för omvårdnad som Astrid Norberg och medarbetare utvecklade i början av 1990-talet (Norberg m.fl., 1997), och som har fått stor genomslagskraft inom svensk omvårdnadsforskning, är både uppgift och relation centrala för mötet. Uttryck för relationsaspekten kan vara det sätt vi talar till varandra och vilket tonfall som används, men även det vi uttrycker med vårt kroppsspråk. Just relationsaspekten är ofta svår att greppa och att tala om. Eftersom *vad* som sägs oftast har mindre betydelse än *hur* det sägs, ger det stora utrymmen för tolkning. Det kan därför vara en vinst att i slutet av varje handledningstillfälle ha en kort reflektionsrunda för att kunna fånga upp sådant som avsiktligt eller oavsiktligt har uttryckts och som bidrar till tolkningen av vad som faktiskt har sagts. Detta hänger nära samman med aspekten om att *kommunikationen ska vara*

transparent med lyhördhet för varandra för att handledningen ska vara personcentrerad. Det innebär att aktivt lyssna (det finns en anledning till att vi har två öron, men bara en mun) och att vänta in vad den andre säger. Att *kommunikationen ska vara transparent* innebär att kommunikationen ska vara ”genomskinlig”, det vill säga vara möjlig att se igenom. Det förutsätter en öppenhet och ärlighet, oavsett hur utmanande det kan vara. Detta behöver dock balanseras med tidigare nämnda lyhördhet – det finns ingen anledning att i sin iver att vara ärlig, faktiskt sår andra. Med en transparent kommunikation avses även att inte vilseleda, fara med osanningar eller ge subtila ”hintar” om saker som kan vara svåra att prata om. Kommunikationen bör alltså vara rak och tydlig så att det är uppenbart för alla vad som menas.

En personcentrerad handledning bygger även på ett *delat beslutsfattande*. Det ligger i linje med tidigare beskrivna aspekter om att som doktorand ta ansvar för sitt lärande och som handledare inte se sig själv som ”expert”. Det är också nära sammankopplat med den *medvetenhet om olika roller och maktförhållanden* som är nödvändig för att handledningen ska kunna bli personcentrerad. Lave och Wenger (i Gijbels m.fl., 2022) beskriver kunskapsinhämtning som en social process där människor kan delta i gemensamt lärande på olika nivåer beroende på deras auktoritetsnivå eller senioritet i en grupp. Doktoranden kan då ses som ”nybörjaren” i ett handledarteam och någon som successivt socialiseras in i gruppen, men som också påverkar gruppen och gruppmedlemmarnas lärande genom sitt aktiva deltagande. En handledare som är ny socialiseras på samma sätt successivt in i sin roll, men påverkar också handledarteamet och andras roller. Alla medlemmar i teamet påverkar således gruppen som helhet och det är viktigt att vara medveten om hur vi påverkar, och påverkas av, varandra. Varje ny teamkonstellation blir därmed unik, även om handledarna tidigare har arbetat tillsammans.

Värt att tänka på

En personcentrerad handledning vilar på en gemensam värdegrund och äger rum i en personcentrerad kultur och miljö. I modellen (figur 1) är relationen mellan handledare och doktorand bärande och kan antingen främja eller försvåra handledningen och i sin tur utbildningen som

helhet. Det finns alltså all anledning att även vårda relationen genom att exempelvis träffas under mer informella former under arbetsdagen för att ta en kopp kaffe, gå en promenad eller äta lunch tillsammans. Det finns en risk att handledare och doktorand endast träffas under ”formella” och korta handledningssituationer, vilket kan bidra till att det kan bli svårt att bygga den personliga relation som krävs för att handledningen verkligen ska bli personcentrerad. Det visar även på vikten av en fysisk miljö som inbjuder till och stödjer möjligheten till spontana möten. Andra aspekter som kan vara värda att tänka på är:

- En forskarutbildning inom området personcentrering kräver att även handledarna har goda kunskaper om vad personcentrering är och att det finns en samsyn kring detta i handledargruppen.
- Vad personcentrering är, och hur det tar sig uttryck i mötet med varandra, behöver återkommande diskuteras, både bland handledare och doktorander.
- Som handledare är det viktigt att kontinuerligt fördjupa sina kunskaper om forskarhandledning och tillsammans med andra reflektera över sin egen handledningspraktik. God självkännedom utvecklas i dialog med andra.
- Det är viktigt att doktoranderna återkommande, och anonymt, har möjlighet att utvärdera handledningen. Även om återkommande diskussioner förs i samband med handledningen är det viktigt med systematiska uppföljningar på gruppnivå.

Modellen som är framtagen under 2024 behöver återkommande diskuteras och revideras. Vår förhoppning är att den kan utgöra en grund för gemensamma diskussioner i teamet (doktorand och handledare) i en gemensam strävan mot att utbilda forskare som bedriver personcentrerad forskning i syfte att stödja en personcentrerad praktik. Avslutningsvis poängterar doktoranderna att:

Skavsår hör till livet – att det är tufft ibland behöver inte innebära att det inte är personcentrerat. Ansträngning innebär utveckling – det är viktigt att det finns krav...

En personcentrerad forskarhandledning innebär alltså inte att det inte ställs krav genom utbildningen, utan att detta sker i en trygg miljö.

Att reflektera över

- Hur kan du utveckla din egen självkänedom? Hur reagerar du när någon har synpunkter på ditt sätt att vara? Hur hanterar du det?
- Fundera över vilka dina styrkor och utmaningar som handledare eller doktorand är. Vilka kompetenser behövs i handledargruppen för att balansera för det?
- Som handledare: reflektera över den handledning som du själv fick under din forskarutbildning. Vad har du tagit med dig i din roll som handledare? Vad vill du inte upprepa? Hur tycker du att du lyckas du med det?

Tack till ...

... alla som har varit med under olika handledar- och doktorandträffar då diskussioner kring personcentrerad handledning har varit i fokus och vår gemensamma modell har vuxit fram. De är, förutom författarna till detta kapitel, i bokstavsordning:

Pia Andersson, Ingela Beck, Lina Behm, Anna Bergman, Johanna Bergman, Sara Björklund, Sladjana Critén, Emma Edberg Matei, Eva-Lena Einberg, Ann-Sofi Ellertsson, Pernilla Garmy, Tide Garnow, Fredrik Gasser, Peter Hagell, Ann-Christin Janlöv, Marie Jönsson, Anna-Carin Karlsson, Staffan Karlsson, Anne-Lie Larsson, Petra N Lindström, Ulrika O Möller, Cicilia Nagel, Kerstin Nilsson, Marie Nilsson, Martin Persson, Marie Rask och Malin Sundström.

Referenser

- Allen, J., & Clarke, K. (2007). Nurturing supportive learning environments in higher education through the teaching of study skills: To embed or not to embed? *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 19(1), 64–76.
- Braf, E. (2023). *Autenticitet – om att vara sann*. Motivation, november 2023.
- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., & Rasmussen, B. (2008). Swedish language Person-centred Climate Questionnaire – patient version:

- construction and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 302–309.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Rasmussen, B. (2009). Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-centred Climate Questionnaire – staff version. *Journal of Nursing Management*, 17, 790–795.
- Flodin, T., & Engström, I. (2013). Integritet – ett förlegat begrepp? *Läkartidningen*, 110, C144.
- Gijbels, D., Endedijk, M., & Hirschler, T. (2022). *Theories of workplace learning in changing times*. (2 uppl.) New York: Routledge.
- Grimen, H., & Nortvedt, P. (2006). *Sensibilitet och reflektion: filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*. Bokförlaget Daidalos.
- Hansson, E., & Schmidt, M. (2023): “A small pawn in a big game”: an exploration of doctoral students’ experience of co-supervisory relationships, *Journal of Further and Higher Education*,
- Hedenius, I. (1982). *Om människovärde: Essayer*. Stockholm: Bonnier.
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). ”Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 102(1), 3–11.
- Högskoleförordningen (SFS 2024:1305). Sveriges riksdag.
- Lee, A. (2008). How are doctoral students supervised? Concepts of doctoral research supervision. *Studies in Higher Education*, 33(3), 267–281.
- McCormack, B., McCance, T., & Maben, J. (2013). Outcome evaluation in the development of person-centred practice. I McCormack, B., Manley, K. & Titchen, A. (red.) *Practice Development in Nursing*. (2 uppl.). Oxford: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., & Titchen, A. (2014). No beginning, no end: an ecology of human flourishing. *International Practice Development Journal*, 4(2), 2.
- McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A., & Martin, S. (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Norberg, A., Axelsson, K., Hallberg, IR., Lundman, B., Athlin, E., Ekman, S.L., Engström, B., Jansson, L., & Kihlgren. M. (1997). *Omvårdnadens mosaik: en modell*. Stockholm: Liber.
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.

- Seligman, M. (2011). *Flourish*. New York: Free Press.
- Smer. (2024). Några medicinsk-etiska begrepp. Statens medicinsk-etiska råd [Hämtad 2024-12-08].
- Stigmar, M. (2016). Peer-to-peer teaching in higher education: A critical literature review. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, 24(2), 124–136.
- Zimmerman, B.J., & Schunk, D.H. (2011). Self-regulated learning and performance: An introduction and an overview. I B. J. Zimmerman, & D. H. Schunk (red.), *Handbook of self-regulation of learning and performance* (s. 1–12). Routledge.

Om författarna

Anna-Karin Edberg (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hon var, i sin roll som vicerektor för forskning vid HKR, involverad i arbetet med att utveckla forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande och var därefter studierektor för samma utbildning. Hon handleder flera doktorander inom området personcentrering.

Sara Alenius är leg. fysioterapeut och doktorand i vårdvetenskap inom området personcentrering för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Hennes doktorandprojekt handlar om sjuksköterskestudenters tilltro till egen kunskap och förmåga att samtala om levnadsvanor.

Åsa Bringsén är folkhälsovetenskap och lektor i folkhälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hon har i många år undervisat i olika utbildningsprogram och har både som lärare och i olika ledningsroller arbetat med högskolepedagogiskt utvecklingsarbete. Hennes forskning handlar om hälsopromotion med fokus på stödjande miljöer för hälsa, där personcentrering är ett nyckelbegrepp. Hon har erfarenhet av rollen som biträdande handledare för två doktorander, varav ett forskningsprojekt har specifikt fokus på personcentrering.

Daniella Dinse är leg. sjuksköterska och specialistsjuksköterska inom vård av äldre personer. Hon arbetar som universitetsadjunkt i sjuksköterskeprogrammet och är doktorand i vårdvetenskap inom området personcentrering för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Hennes doktorandprojekt handlar om fysisk

aktivitet som arrangeras för äldre personer via mötesplatser i kommunen.

Maria Haak är leg. arbetsterapeut och professor i hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hon var den första studierektorn för forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området personcentrering för hälsa och välbefinnande 2019–2022, därefter vice rektor för forskning 2022–2024. Hon har därmed varit med och byggt upp och ansvarat för forskarutbildningen sedan start. Maria undervisar främst på forskarutbildningen och handleder flera doktorander.

Sara Henricsson är leg. tandhygienist och universitetsadjunkt på tandhygienistprogrammet vid Högskolan Kristianstad. Hon är doktorand i oral hälsa vid Malmö universitet och hennes avhandling har fokus på hur personer som är 60 år och äldre upplever oral hälsa och orofacialt utseende.

Madelene Törnblom är leg. sjukgymnast och doktorand i vårdvetenskap inom området personcentrering för hälsa och välbefinnande vid Högskolan Kristianstad. Hennes avhandlingsarbete handlar om sensorbaserad screening av fallrisk vid förebyggande hembesök för äldre personer.

Albert Westergren är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR) samt hälso- och sjukvårdsstrateg i Region Skåne. Han var, i sin roll som forskningschef för Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, HKR, involverad i arbetet med att utveckla forskarutbildningen inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande. Han undervisar i forskarutbildningen och handleder doktorander inom området personcentrering.



Underlag för diskussion mellan handledare och doktorand

Dokumentet är baserat på "Basis for discussion in the introduction of newly admitted doctoral students", Göteborgs universitet som är översatt och bearbetat i samråd med handledare och doktorander vid Höskolan Kristianstad.

Namn doktorand:

Namn handledare:

Namn handledare:

Namn handledare:

Datum:

Syftet med underlaget är att det ska fungera som ett underlag för diskussion mellan handledarna och doktorand och för att synliggöra skillnader i förväntningar. Underlaget ska fyllas i av handledarna och doktorand var för sig och sedan diskuteras gemensamt. Likheter och skillnader i förväntningar kan i sin tur utgöra grunden för en fördjupad diskussion. Frågorna lämpar sig olika beroende på var i forskarutbildningen doktoranden befinner sig.

Instruktioner

Ringa in det svarsalternativ som du tycker bäst motsvarar hur du tycker att saker och ting BORDE vara. Siffrorna mellan de två ändpunkterna innebär att båda alternativen är aktuella, men i olika omfattning. Om du exempelvis tycker att de båda alternativen är lika stora/viktiga, markera siffran 3.

1. Min syn på forskarutbildningen som helhet är att det är en:

1	2	3	4	5
Anställning				Utbildning

2. Syftet med forskarutbildningen är att:

1	2	3	4	5
Skriva en avhandling				Skaffa verktyg för att bli en forskare



3. Nämn några andra viktiga målsättningar för forskarutbildningen:

.....
.....

HANDLEDNING

4. Vilken form av handledning ska huvudsakligen förekomma:

1	2	3	4	5
Spontana diskussioner när det behövs				Tidsbestämda och i förväg bestämda möte

5. För vad, och i vilken omfattning, förväntas doktoranden ta egna initiativ till och självständigt ansvara för under det kommande året?

.....
.....
.....
.....

6. Hur ofta bör handledning/diskussioner ske?

.....
.....

7. Vilka olika roller ska de olika handledarna ha under det närmsta året?

.....
.....

8. Vem tar initiativ till handledning?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

9. Hur många arbetsdagar är det rimligt att det tar innan handledarna ger feedback på ett manuskript?

1	2	3	4	5
1 dag	3 dagar	1 vecka	2 veckor	1 månad

10. Vem ansvarar för att den individuella studieplanen blir individanpassad? (det vill säga utgår från den aktuella doktorandens situation)

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

11. Forskning ska bedrivas:

1	2	3	4	5
Enligt en fastlagd plan med strikta deadlines				Fritt

12. Vem bestämmer tidsplan och deadlines?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

FORSKNING

13. Vem definierar och planerar huvudstudien?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

14. Vem har huvudansvar för doktorandprojektet?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden



15. Vem ansvarar för att lösa forskningsetiska problem?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

16. Vem ansvarar för etikansökan?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

17. Vem skriver etikansökan?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

18. Etiska aspekter påverkar forskning:

1	2	3	4	5
I stor utsträckning				I begränsad utsträckning

19. Vem ansvarar för att lösa vetenskapliga problem?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

20. Vem ansvarar för att hitta informanter?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden



21. Vem ansvarar för att lösa praktiska problem som logistik & fältarbete?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

22. Vem ansvar för att lösa ekonomiska problem?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

AVHANDLINGEN

23. Vem beslutar om avhandlingens innehåll:

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

KURSER

24. Vem beslutar om vilka kurser doktoranden ska gå?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

PUBLIKATIONER

25. Vem äger rätten till insamlade data, analysmateriel och resultat?

.....
.....

26 a) Vem står som författare på publicerade delarbeten?

.....
.....

26 b) Vancouverriktlinjerna är diskuterade?

Ja

26 c) I vilken ordning anges författarnamn?

.....

.....

FINANSIERING**27. Vem ansvarar för projektets finansiering?**

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

28. Vem ansvar för doktorandens finansiering?

1	2	3	4	5
Handledarna				Doktoranden

ARBETSTIDER**29. Arbetstiderna är:**

1	2	3	4	5
Fasta				Flexibla

30. Omfattningen av avhandlingsarbetet på heltid motsvarar:

1	2	3
Mindre än 40 h/vecka	40 h/vecka	Mer än 40 h/vecka

31. Vad förväntas doktoranden göra på semestern?

1	2	3	4	5
Rekreation				Fortsätta avhandlingsarbetet

32. Semestern är:

1	2	3	4	5
Förlagd till veckorna efter midsommar				Flexibel



UNDERVISNING & SAMVERKAN

33. Doktoranden ska undervisa:

1	2	3	4	5
Så lite som möjligt				Så mycket som möjligt

34. Den undervisning som genomförs ska:

1	2	3	4	5
Vara relaterad till forskningsområdet				Vara så bred som möjligt

35. I vilken omfattning ansvarar doktoranden för samverkan med övriga verksamheter (kommun, region)?

1	2	3	4	5
I stor utsträckning				I begränsad utsträckning

ÖVRIGT

36. Deltagandet i seminarier och forskargruppsmöten är:

1	2	3	4	5
Oviktigt				Viktigt

37. Social samvaro med andra doktorander och forskare är:

1	2	3	4	5
Oviktigt				Viktigt

38. Att delta i aktiviteter som är fakultets-/högskolegemensamma är:

1	2	3	4	5
Oviktigt				Viktigt



39. Föväntas doktoranden att delta i verksamhetsutveckling, programutveckling, och/eller kursutveckling?

.....
.....

DOKTORANDENS FRAMTID

40. Hur vill doktoranden själv genomföra framtida handledning av andra?

.....
.....
.....

41. När i utbildningen bör man fundera på framtida karriärplanering?

1	2	3	4	5
Tidigt				Mot slutet

42. Hur viktig är högskolepedagogisk meritering?

1	2	3	4	5
Lite				Mycket

43. Vad vill doktoranden med forskarutbildningen?

.....
.....
.....

44. Vilka karriärvägar finns det?

.....
.....
.....

Del IV

Personcentrering i forskning

17 Hur involverar vi de som riskerar att bli exkluderade i forskning?

Anna-Karin Edberg, Jamal Abdulle, Sara Björklund, Tommy Carlsson, Pernilla Garmy & Maria Gottvall

Inledning

En viktig aspekt i forskning är att de personer som forskningen omfattar får möjlighet att göra sin röst hörd. Det finns en risk att olika personer eller grupper blir exkluderade eller inte ens blir tillfrågade om att delta. Detta kapitel ger exempel på hur vi kan nå och involvera personer som annars riskerar att stå utanför. Det kan handla om forskningsinformation som inte är utformad för målgruppen, hur vi som forskare närmar oss och involverar de personer som det gäller och hur vi involverar personer som kanske inte själva kan, eller får, ta beslut. Kapitlet vänder sig främst till dig som planerar att genomföra en studie, men även till dig som funderar på att delta.

Svårnådda eller exkluderade?

Inom forskning talas det ofta om svårnådda grupper och att dessa personer för att de är svårnådda är underrepresenterade i olika projekt. Begreppet svårnådda grupper beskrivs exempelvis som att de är otillgängliga för de flesta traditionella och konventionella forskningsmetoder (Shaghghi m.fl., 2011). Denna beskrivning kan ge en föräning om att ”svårnådda” kan vara ett missvisande begrepp som riktar fokuset i en ogynnsam riktning.

Jamal: Det här begreppet svårnådda grupper, jag kan inte riktigt släppa det.

Sara: Vad tänker du på? Jag menar vad innebär det begreppet, vad är det första du tänker på när du hör det?

Jamal: Jag tänker att det är ett ord som används av människor som uttalar sig om andra människor som de inte känner till.

Det kanske är så att snarare än att se grupper som svårnådda, ska i stället olika metoder ses som exkluderande, eftersom de inte är utformade efter personerna, utan utifrån forskarens perspektiv. Det finns en risk att grupper av personer som forskarna själva har något gemensamt med oftare blir inkluderade, medan de grupper som forskarna har mindre gemensamt med riskerar att bli systematiskt exkluderade (Kaiser m.fl., 2017). Konsekvenser av en sådan exkludering kan vara ojämlikhet avseende inflytande, möjligheter och hälsa, vilket kan ses både på individ- och samhällsnivå (De Abreu Lourenço m.fl., 2021). För att motverka detta behövs andra sätt att se på deltagande och forskningsmetoder än de mer traditionella som utgår från de tilltänkta personernas perspektiv.

Jamal: Om du frågar mig: Hur ska vi göra för att nå dig? Då vet ju jag hur du når mig men om du enbart utgår från dina förutsättningar är det dömt att misslyckas.

Sara: Om jag skulle utgå från hur jag tar emot information eller tar kontakt?

Jamal: Precis, vi har ju alla olika vägar i livet och vissa vägar möts aldrig. Samma gäller med grupper, vissa grupper möts aldrig men det skapas ändå antaganden om varandra.

Inom forskning finns det en risk att antaganden om grupper som anses vara svårnådda blir sanningar, exempelvis att det skulle finnas en ovilja till att delta, vilket i sig orsakar underrepresentation i forskning. Antagandet att det finns en ovilja kan i sin tur leda till att personer som anses tillhöra dessa grupper inte ens tillfrågas. Denna antagna ovilja tycks dock inte överensstämma med verkligheten, och det finns forskning som visar att det till och med kan finnas en större vilja att delta bland grupper som är underrepresenterade i forskning i jämförelse med grupper som ofta är representerade (Kaiksow & Carter, 2022). Likaså finns det antaganden om att vissa grupper inte deltar på grund av okunskap eller lågt förtroende, men flera studier tyder på att detta inte har en avgörande betydelse för underrepresentationen, utan att det snarare handlar om metodvalet för hur de tilltänkta deltagarna tillfrågas (Bonevski m.fl., 2014; Kaiksow & Carter, 2022). Forskarens antaganden behöver därför ifrågasättas, så att de personer som forskningen avser blir tillfrågade om deltagande och faktiskt kan delta.

Jamal: Vi möts ju av en anledning, våra vägar har korsats, det är ju därför vi kan ha det här samtalet.

Sara: Du menar att det är avgörande, att vägar har korsats, att vi får kännedom om varandra?

Jamal: Ja, om du inte har kontakt med dessa människor, om du inte känner dem, om din information inte når dem, då existerar du inte för dem.

Nyckeln till forskningsdeltagande kan alltså ligga i något så grundläggande som kontakt, att skapa ”vägkorsningar” där forskare och personer från den tilltänkta deltagargruppen kan mötas och utbyta information. Men hur våra vägar i livet ser ut är olika och beroende av flera olika faktorer som berör både oss själva och vår omgivning. Därför behöver forskaren anpassa rekryteringsmetoderna till att passa de tilltänkta deltagarnas vägar. I en sådan anpassning kan nyckelpersoner vara avgörande, på så sätt att personer som ingår i den tilltänkta deltagargruppen bidrar till utformandet av lämpliga rekryteringsmetoder (Kaiser m.fl., 2017). Hur en lämplig rekryteringsmetod ska vara utformad finns det flera olika exempel på, men det avgörande tycks vara hur pass väl den är anpassad till varje forskningsprojekts målgrupp (Bonevski m.fl., 2014). Det kan innebära att flera olika metoder kan behöva användas, eftersom en grupp av personer sällan är homogen. Dock innebär ett lyckat forskningsdeltagande inte enbart att en når deltagarna, utan även att de vill delta.

Jamal: Men även om du träffar dessa människor är det inte säkert att de vill delta om ämnet inte är viktigt för dem.

Sara: Alltså syftet med studien, att syftet måste vara viktigt för deltagaren ...

Jamal: Jag skulle säga att den frågan har två vinklar. De här människorna vi pratar om, det är viktigt för dem såsom för alla att få information om vad frågan handlar om, vad är nyttan med den här frågan? Vem tjänar på att vi ska undersöka den här frågan?

Sara: Hm, ja annars kan personen inte ens ta ställning kring deltagande egentligen. Vad vill jag, är det viktigt för mig?

Jamal: Ja precis. Den andra är att om den här frågan är en fråga som jag brinner för, som jag själv vill hitta en lösning på. Då ligger det närmare mig egentligen. Då har vi samma intresse, både jag och forskaren har samma intresse.

För att tilltänkta deltagare ska vilja delta är det alltså viktigt att de är intresserade av forskningsfrågan och tycker att den är viktig. Detta är inget unikt för grupper som är underrepresenterade i forskning, men personer som kan tillhöra dessa grupper är ofta även underrepresenterade som forskare. Därför finns det en risk att forskningsfrågorna inte omfattar deltagarnas intressen eller är relevanta för dem. Därför behövs nyckelpersoner, inte endast för att skapa ”vägkorsningar” utan även för att forma lämpliga forskningsfrågor och på så vis öka sannolikheten för deltagande och användbara forskningsresultat (GreenMills m.fl., 2013). För att en sådan forskningsstruktur ska kunna etableras krävs ett förhållningsätt som möjliggör detta.

Jamal: Det finns vissa saker som jag tror att alla människor oavsett bakgrund undviker. Personer gillar inte att andra ser ner på dem. Man vill gärna samarbeta men det är ingen som vill att andra tolkar eller ser den personen i fråga som hjälpbehövande.

Sara: Ja det finns en maktaspekt ... ett behov av jämlikhet ...

Jamal: En inställning hos forskaren, ett behov av att gå ifrån ”Jag vill hjälpa dig med detta”, till att i stället tänka: ”Jag vill samarbeta med dig”.

Det handlar således om ett förhållningsätt som möjliggör samarbete och jämlikhet. Med andra ord krävs en tydlig medvetenhet kring makt och ansvar och hur detta påverkar forskningen. Trots att ett sådant förhållningssätt ofta beskrivs som grundläggande för jämlik och användbar forskning är det inte helt enkelt att eftersträva det (Green & Johns, 2019). Det kräver ett rollskifte, där forskarens traditionella roll som ”expert” måste förändras till att i stället vara ”medskapare”. Ett sådant skifte involverar mer än enbart forskarens egen inställning och självmedvetenhet, och omfattar även strukturer inom såväl forskning som inom samhället i stort. Det finns många goda exempel på forskningsprojekt där forskare, nyckelpersoner och deltagare samarbetar som jämlika parter, men för att detta ska spridas och bli praxis behöver möjliggörande strukturer utvecklas.

Det finns en uppenbar risk att en stor andel av den forskning som genomförs inte är i linje med det som målgrupper själva prioriterar. Beslutsfattare och forskare utgår från sina prioriteringar och ibland förutfattade meningar, vilket styr vad forskningen fokuserar på. När forsk-

ning inte lyckas adressera det som befolkningen prioriterar kan det kallas för ”research waste”, det vill säga onödigt slöseri med pengar, resurser och engagemang. Detta glapp mellan befolkningens behov och forskningens inriktning behöver minska.

Att involvera personer från målgruppen i forskning

Ett sätt att försöka öka relevansen av forskningen är, som tidigare nämnts, att på olika sätt involvera personer från målgruppen i forskningsprocessen (se exempel i tabell 1). Genom att se personer som just experter och involvera dem i expertroller, kommer dels forskningen och dess resultat bli mer relevant för målgrupperna och samhället i stort, dels närmar vi oss det som är personcentrerad forskning.

Tabell 1. Exempel på expertmedverkan (modifierad från Alzheimer Europe (2019), s. 12, förf. översättning).

- Bidra med förståelse för hur det är att leva i en viss situation eller med ett visst tillstånd, i rollen som konsult och expert – inte som forskningsperson.
- Granska planer för och genomförandet av forskning för att hindra att personer från målgruppen utnyttjas eller exploateras.
- Påverka beslut om vilka studier som ska finansieras.
- Hjälpa till att forma och definiera forskningsfrågor så att de speglar behov, prioriteringar och intressen hos målgruppen (genom kontakt med forskare eller vid prioriteringar).
- Medverka i etiknämnder, styrgrupper och rådgivande grupper för forskningsprojekt.
- Förbättra rekryteringen (särskilt personer från grupper som riskerar att exkluderas).
- Säkerställa transparens och ansvarstagande i forskningsprocessen.
- Ge ett inifrånperspektiv på ämne, forskningsfrågor eller metoder.

- Uppmuntra till reflexivitet hos forskarna¹⁵.
- Utmana uppfattningar och rigida paradigm, antingen explicit eller helt enkelt genom sin närvaro.
- Bidra till att utforma metoder och verktyg som är mer ändamålsenliga och tillgängliga för målgruppen.
- Bidra i utformning av relevanta och lämpliga interventioner.
- Bidra till insamling av data, analys och tolkning av resultat.
- Hjälpa till att säkerställa att resultaten är relevanta för dem som forskningen berör; kommer resultatet till exempel att kunna implementeras och användas?
- Bidra till att resultaten blir tillgängliga.
- Hjälpa till att sprida tillgänglig information om studien.

Involveringen kan ske på olika sätt och olika nivåer beroende på hur stort inflytande målgruppen har. Den lägsta nivån är att målgruppen bidrar som *forskningspersoner* eller *på annat odefinierat sätt*, då forskningen genomförs för eller om dem, snarare än tillsammans med dem. Nästa nivå är att vända sig till målgruppen för att få *vägledning* vad gäller alternativ och beslut som sedan fattas av forskare. Vägledningen kan bestå av enstaka konsultationer eller vara kontinuerlig med uppföljande konsultationer. Sedan följer *samverkan och samskapande*, där forskare arbetar tillsammans med målgruppen som jämlika partner vars synpunkter präglar besluten så mycket som möjligt. Den högsta nivån är *målgruppsledd forskning*, då forskare agerar konsulter och överlåter besluten till målgruppen (Hughes & Duffy, 2018).

¹⁵ Förf. anm.: Med reflexivitet avses forskarens förmåga att kritiskt reflektera över sin förståelse (dvs. förutfattade meningar och levda erfarenheter) och dess inflytande över hur data analyseras och tolkas och vilka slutsatser som dras.

Att involvera flyktingar i forskning

Ett exempel på ett projekt som genomförs i samverkan är projektet *En tryggare framtid* som fokuserar på hälsa och välbefinnande för flyktingar som identifierar sig som homosexuella, bisexuella, transpersoner, och med andra queera identiteter eller uttryck (ofta benämnt som HBTQ+). Det finns en stor variation vad gäller identiteter, bakgrunder och livssituationer inom målgruppen. Vissa har sökt asyl, vissa har fått uppehållstillstånd, och andra lever som papperslösa. Personer inom målgruppen kan uppleva stora utmaningar att etablera sig i Sverige. De kan bära på svåra erfarenheter av förföljelse och hot från såväl samhällsmedborgare som myndigheter. Frågeställningarna i projektet är öppna och utforskar hur vård, utbildning, samhälle och forskning bör utformas för att motsvara målgruppens preferenser och behov.

För att öka relevansen och identifiera anpassade metoder initierades en nära samverkan med representanter från målgruppen, vilket positionerades som *samverkan* genom hela forskningsprocessen. I detta sammanhang innebar det att rekrytera forskningspartner som experter och forskningsassistenter. De har sedan projektets start arbetat tillsammans med forskare i samtliga delar av forskningscykeln. Samverkan har innefattat att identifiera och prioritera relevanta forskningsfrågor genom bland annat explorativa workshoppar och rankningsprocedurer. Det har även innefattat att planera forskning genom att tillsammans skriva projektplaner, utforma intervjuguider och enkäter, skapa en inkluderande verksamhet inom projektet, arbeta för gemensamt beslutsfattande samt att identifiera pragmatiska och lämpliga rekryteringsprocedurer. En röst från en forskningspartner:

Genom att vara forskningspartner i det här projektet kom jag in i ett för mig tidigare främmande forskningsfält. Det har varit bra och lärorikt. Jag har lärt mig mer om olika forskningsmetoder och sett de olika faserna av forskningen. Att arbeta tillsammans med andra i projektet har också varit bra, det är viktigt att vi visar respekt och lyssnar på varandras perspektiv. Det har också varit väldigt givande att se resultaten av vår forskning och inse att andra får ta del av våra resultat. Det känns som att vi bidrar med något meningsfullt och viktigt. För oss i projektet har det varit viktigt att hitta och förstå varandra. Alla kanske inte har den djupa kunskap-

en om hur forskning går till och då behöver de introduceras till det på ett bra sätt.

Samverkan har också inneburit att skriva ansökningar för forskningsmedel tillsammans med dem som forskningen adresserar. För att möjliggöra detta arbete har det varit nödvändigt att kunna täcka kostnader för samverkan. Därför har det varit avgörande med finansiärer som ser värdet av att involvera målgrupper i forskning. Samverkansarbetet har fortsatt och utvecklats till ett ytterligare projekt där en intervention innehållande kamratstöd samskapas med målgruppen.

Som nämndes i inledningen av detta kapitel kan traditionella rekryteringsvägar visa sig vara ineffektiva för att nå grupper som inte inkluderas i majoritetssamhället. Ett stort problem är att forskning alltför ofta misslyckas med att uppnå en variation i urvalet och att vissa grupper tenderar att representeras mer än andra. Detta leder till bristande generaliserbarhet och överförbarhet. För att nå personer inom denna målgrupp och uppnå en stor variation krävdes nya och mer kreativa angreppssätt än de som traditionellt förespråkas. Forskningspartner vägledde arbetet framåt med värdefull information om hur målgruppen kunde nås. Förutom bekvämlighetsurval med annonser genomfördes ändamålsenligt urval och snöbollsurval. Forskningspartner utgjorde en brygga mot målgruppen och kunde skapa ett förtroende som inte var möjligt för forskarna att uppnå. Naturligtvis var det helt avgörande att säkerställa att rekryteringen skett utan påtryckningar, att informerade samtycken inhämtades och att konfidentialitet upprätthölls. Det var särskilt viktigt att vara tydlig med hur data hanterades och vilka som hade tillgång till den. För personer utan giltigt tillstånd att vistas i Sverige kan det exempelvis kännas otryggt att dela med sig av information till forskare.

En viktig och omfattande del av projektet var att avidentifierade kvalitativa data analyseras tillsammans med forskningspartner. Diskussioner i fokusgrupper och individuella intervjuer har analyserats under en längre process. Forskare och forskningspartner har i samverkan följt olika analysmetoder och väglett varandra till slutliga resultat. Upplägget har innefattat både individuellt analysarbete och att i grupp gemensamt gå igenom materialet. Att analysera materialet tillsammans har varit ett tillfälle att upptäcka nyanser och berika analysen med

perspektiv som vilar på mångfald. Som forskare har det varit mycket värdefullt att delta i de diskussioner som uppstår i samband med analysen av materialet. Samtalen genererade ytterligare hypoteser och utvecklade insikterna. Forskningspartner har bidragit i hela processen fram till och med slutligt resultat och samrapportering.

Att involvera barn och unga i forskning

För att öka barn och ungas delaktighet i forskning krävs mer än att bara skapa utrymme för unga människor att uttrycka sig. Det krävs en struktur som prioriterar att vuxna faktiskt lyssnar på barn och unga och handlar därefter (Grace m.fl., 2024). Men då behöver också barn och unga betraktas som kapabla och aktiva och värda att lyssnas på.

Forskning kan ha barnets bästa i fokus och ändå missa att involvera deras röster. Detta är tyvärr vanligt både i den forskning som sker idag, och framför allt i forskning som bedrivits tidigare. Det är viktigt att ta hänsyn till de färdigheter som barnen har, och att utforma delaktigheten utifrån barnens förutsättningar och önskemål. Såväl tacksamhet som ödmjukhet är en bra grund att stå på både i processen för att närma sig och för att etablera ett gott samarbete med var och en av de tilltänkta deltagarna i en studie (Siotis Ekberg & Olsson, 2023).

Barn och ungas delaktighet i forskning kan oftast ses som ett kontinuum. Det är sällan allt eller inget, och även om forskarna har en intention att inkludera barn och unga i design och tolkning av resultat, kan det också finnas utmaningar. Då kan det vara en hjälp att i forskarlaget tillsammans resonera kring vad målsättningen för barnens delaktighet är, och var gruppen upplever att den befinner sig just nu.

I projektet *Barns rätt till lek, vila och fritidsaktivitet* i Malmö stad beskriver samordnaren Oscar Salazar hur barnen varit med från början i planering och upplägg både av insatserna och av utvärderingen. Projektet är en insats på tre skolor i områden i Malmös så kallade ”utsatta” områden. På dessa skolor erbjuds nu fritidsaktiviteter fyra av fem eftermiddagar efter skolan, exempelvis fotboll, drama, musikstudio, digital design, kampsport för tjejer och personer som

identifierar sig som icke-binära¹⁶, kampsport för alla, textilkonst, basket, familjeaktiviteter och brädspel. I början involverades barnen i skolornas elevråd, vilket gav värdefulla synpunkter på projektet. Men snart insåg Oscar betydelsen av att även nå ut till barnen som inte är med i elevrådet. Han poängterar särskilt hur givande det var att samtala med barnen som hängde i skolans korridorer. Oscar Salazar säger att barnen i elevrådet var de barn som i högre utsträckning redan var motiverade och hade det ganska bra i skolan och i livet. Eftersom projektet riktar sig till alla barn i området, och särskilt till dem som inte tidigare hade strukturerade fritidsaktiviteter, var det extra betydelsefullt att möta dem som ofta inte blir tillfrågade eller lyssnade på. Oscar Salazar berättar:

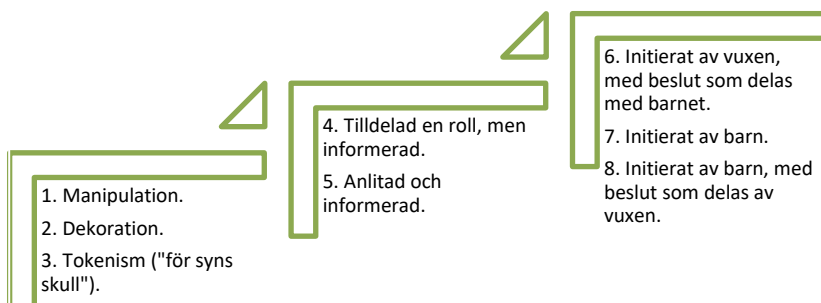
Det var ärligheten i deras uttryck som var mest givande, att elever verkligen kunde uttrycka sina åsikter utan att förväntas att ge det svar den vuxna förväntar sig av en elev.

Modeller för barns delaktighet

En modell som kan användas som diskussionsunderlag är Harts modell för barns delaktighet (Hart, 1992). Den beskrivs som en trappa eller stege med åtta steg, från skenbar delaktighet (exempelvis om barnet manipuleras eller används för syns skull) till olika grader av delaktighet. I en lägre grad av delaktighet informeras barnet, men initiativet ligger fortfarande hos den vuxne. I högre grad av delaktighet kan barnet även vara med i beslut och i utformning och tolkning av forskningen (se figur 1).

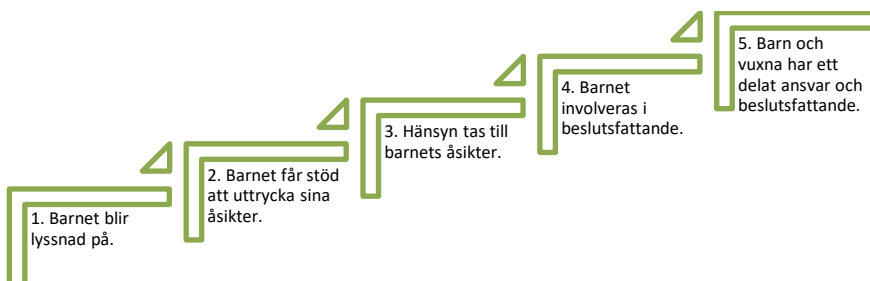
¹⁶ Det vill säga personer som identifierar sig som mellan, botten, eller med båda, könskategorierna.

Figur 1. Tolkning av Harts (1992) delaktighetstrappa i åtta steg, från lägre till högre grad av delaktighet.



Dock har Harts modell ifrågasatts. De tre första stegen på trappan som beskriver icke-delaktighet, det vill säga att barn manipuleras eller är med i forskningen som ”dekoration” eller för syns skull, har upplevts som provocerande. I den vidareutveckling av modellen som Shier (2001) har gjort, börjar trappan därför i stället på att barnet blir lyssnad på. I Shiers modell finns det fem nivåer av delaktighet, se figur 2. Det finns även andra modeller för delaktighet och samverkan som inte specifikt gäller barn, se exempel i kapitel 19.

Figur 2. Shiers (2001) delaktighetstrappa i fem steg, från lägre till högre grad av delaktighet.



Att använda referensgrupper för att främja delaktighet

Barns och ungas delaktighet i forskning kan öka genom att involvera dem i referensgrupper. För forskaren kan det vara både givande och

utmanande. Tide Garnow har i sitt avhandlingsarbete om *existentiell ensamhet hos ungdomar* använt sig av en referensgrupp (Garnow, 2024). Hon berättar om hur betydelsefullt det har varit att involvera ungdomar i en referensgrupp eftersom de bidragit med viktiga synpunkter och erfarenheter om existentiell ensamhet. Men hon berättar också att det har varit svårt att boka in möten och att över huvud taget hålla kontakt med ungdomarna i referensgruppen. Hon har lyssnat in ungdomarnas önskemål och haft kontakt via meddelandefunktionerna i sociala medier och också haft regelbundna digitala möten via Zoom. Ungdomarna säger själva att det är mycket som händer i deras liv och de glömmar ibland att svara eller att dyka upp på inbokade träffar. För forskaren innebär detta att brottas med att vara lagom påstridig, utan att vara tjugig. Tide menar att det är en balansgång som det krävs fingertoppskänsla för att hantera. Mer om referensgrupper finns att läsa i kapitel 19.

Vad krävs för att barn och unga ska kunna delta i forskning?

Enligt Etikprövningslagen (2003:460) ska samtliga vårdnadshavare godkänna barnets deltagande i forskning om barnet är under 15 år. Det kan vara en utmaning att involvera yngre tonåringar som ännu inte fyllt 15 år i forskning eftersom det kan vara svårare att nå och få skriftligt godkännande från samtliga vårdnadshavare i en tidsperiod då ungdomarna söker mer självständighet. Risken är överhängande att ungdomar i denna åldersgrupp därför inte blir inkluderade i forskning och att deras röster och erfarenheter därmed inte kommer till uttryck. Mer om detta finns att läsa i kapitel 18 om forskningsetik på personcentrerad grund.

Att involvera personer med kognitiv nedsättning

Kognitiv nedsättning uppstår på grund av olika funktionsnedsättningar eller skador som påverkar hjärnan. Det kan handla om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, intellektuell funktionsnedsättning eller hjärnskada efter olycka eller sjukdom. I detta avsnitt kommer främst involvering av personer med kognitiv nedsättning på grund av kognitiv sjukdom/demenssjukdom att diskuteras. Det är dock viktigt att komma ihåg att personer med demenssjukdom är långt ifrån en homogen grupp; de är lika olika som alla andra, befinner sig i olika livssituationer och har olika behov. Det enda som förenar dem är att de har just en kognitiv nedsättning, som dessutom ser olika ut beroende på var hjärnskadan

sitter och hur långt framskriden sjukdomen är. Att betrakta dem som ”grupp” kan därför vara problematiskt.

Det är främst de senaste 20 åren som personer med demenssjukdom har involverats aktivt i forskning, och utvecklingen går tack och lov i positiv riktning. Historiskt sett har deltagandet dock främst omfattat ett passivt deltagande, det vill säga att forskningen bedrivs ”på”, ”om” eller ”för”, snarare än ”med” eller ”av”, personer som har en demenssjukdom. I vissa länder är det idag otänkbart att bedriva forskning utan att målgruppen på något sätt är involverad, exempelvis ligger Australien och Storbritannien i framkant när det gäller involveringen av personer med demenssjukdom.

Fortfarande exkluderas ofta personer med demenssjukdom från studier som inte har fokus på just deras upplevelser. Argumentet för att inte involvera dem handlar ofta om att det finns en risk att de inte förstår den information som ges eller att de inte kan svara adekvat på olika instrument eller frågor. Som tidigare nämnts i inledningen av detta kapitel är det oftast forskaren som försvårar deras deltagande i forskning. När det gäller personer med demenssjukdom kan inbjudningar att delta i forskning vara fulla av komplexa meningar och svåra ord, föreslå möten på okända platser och använda komplicerade samtyckesförfaranden (Alzheimer Europe, 2019). Alzheimer Europe (2019) menar vidare att forskningsetiska kommittéer inte alltid bidrar till att personer med demenssjukdom på ett effektivt och meningsfullt sätt kan delta i forskning. Även om tanken är att deltagandet ska främjas, får ibland en oro för att forskningen ska påverka deras välbefinnande negativt företräde. Det finns alltså en risk att personer med demenssjukdom riskerar att uteslutas på grundval av åtgärder som ursprungligen har utformats för att skydda dem från skada. Även om de ofta beskrivs tillhöra en sårbar grupp och därmed ska skyddas, innebär det inte att de saknar förmåga att bidra med sin kunskap. Att de utesluts kan i stället leda till en oavsiktlig strukturell diskriminering som bygger på en bristande medvetenhet om deras behov, intressen, omständigheter och svårigheter.

Det finns många olika sätt att involvera personer med demenssjukdom i forskning utan att de själva är forskningspersoner. Det finns olika exempel på hur personer med demenssjukdom är aktivt involverade i

samråd kring olika frågor, samarbetar direkt med forskare eller bedriver forskning tillsammans med forskare (se exempel i tabell 1). När aktiviteter planeras och organiseras på ett sätt som gör dem tillgängliga för personer med demenssjukdom krävs det inte heller att de har någon tidigare erfarenhet eller kunskap om just forskning.

Det är dock viktigt att komma ihåg att det kan finnas motstånd från forskare mot att involvera personer med demenssjukdom i alltför hög utsträckning. Exempelvis lyfter forskare att viljan att respektera och involvera personer från målgruppen behöver balanseras mot den vetenskapliga kvaliteten och studiens tillförlitlighet, där forskaren har det övergripande ansvaret (Alzheimer Europe, 2019). Det är också fortfarande ovanligt att personer med demenssjukdom är involverade i övergripande frågor om prioriteringar och utlysningar av forskningsmedel. Tembo med flera (2019) menar att det krävs förändringar när det gäller både kommunikation, praktik, system och kulturer som idag utgör hinder för meningsfullt deltagande. Personer med demenssjukdom deltar vanligtvis inte heller i arbetet med att skriva ansökningar om forskningsmedel. Det är kanske först när projektet har blivit beviljat medel som de involveras, vilket innebär att det, i det läget, är svårt att komma med synpunkter på design eller genomförande eftersom ansökan redan är beviljad. Den ansvariga forskaren är kanske inte heller så intresserad av få synpunkter som kan omkullkasta planeringen och är därför inte heller särskilt öppen för de förslag som kommer (Morrow m.fl., 2010). Det krävs således förändringar på flera nivåer för att öka möjligheterna för personer med demenssjukdom att göra sina röster hörda och ”på riktigt” involvera dem i forskning.

Värt att tänka på

Samproduktion är ett förhållningssätt som särskilt betonar aspekter av makt och ansvar från projektets början till dess slut. När det gäller makt är det viktigt att lyfta att det finns olika syn på vem som är, och anser sig vara, ”expert” i forskningssammanhang. Cheffey med flera (2017) betonar att det finns ”experter genom utbildning” och ”experter genom erfarenheter”, vilket ligger i linje med McCormack och McCance (2019) som menar att personer med exempelvis demenssjukdom alltid är att betrakta som experter på sin situation.

Att arbeta i samverkan med dem som forskningen adresserar är inspirerande och utvecklande. Det vilar på ett ömsesidigt förtroende och hållbara relationer. Det kräver flexibilitet och nytänkande för att kunna bryta sig loss från traditionella arbetssätt. De forskare som är intresserade av att arbeta i samverkan med målgrupper kommer upptäcka många vinster. Samtidigt kräver det betydande engagemang och tid, i synnerhet för att arbeta inom de högre nivåerna av målgruppsinvolvering. Forskningspartner behöver ett tydligt ramverk, och som forskare behöver du upprätta en struktur som kan följas. Om förutsättningarna är rätt kan det leda till en starkare och mer relevant forskning där både forskare och forskningspartner kan utvecklas och växa.

Att reflektera över

- Reflektera över vad ett rollskifte där forskarens traditionella roll som expert förändras till en roll som medskapare kan innebära i praktiken.
- Reflektera över på vilka sätt forskare kan samverka med målgrupper och vilka fördelar det kan innebära.
- Reflektera över förhållandet mellan risker och nytta i deltagande av forskning kontra risker och nytta vid exkluderande i forskning.
- Fundera över hur deltagande av personer med risk för exkludering i forskning kan öka, och hur riskerna för dessa personer kan minimeras vid deltagande i forskning.
- Kan du komma på något tillfälle där personer har blivit exkluderade ur studier på tveksamma grunder? Reflektera över eventuella konsekvenser av ett sådant exkluderande.

Referenser

- Alzheimer Europe (2019). Overcoming ethical challenges affecting the involvement of people with dementia in research: recognizing diversity and promoting inclusive research. *Dementia in Europe Ethics Report*.
- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I., & Hughes, C. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical

- research with socially disadvantaged groups. *BMC Med Res Methodol*, 14, 42.
- Cheffey, J., Hill, L., McCollough, C., & McCollough, C. (2017). Can I facilitate a project when my memory lets me down? The challenges and rewards of co-producing a “living well with dementia” course. *FPOP Bullentin*, 137, 19–25.
- De Abreu Lourenço, R., Devlin, N., Howard, K., Ong, J. J., Ratcliffe, J., Watson, J., Willing, E., & Huynh, E. (2021). Giving a voice to marginalised groups for health care decision making. *Patient*, 14(1), 5–10.
- Etikprövningslagen (2003:460) Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Sveriges riksdag.
- Garnow, T. (2024) *I sårbarhet och längtan. Existentiell ensamhet och ledsenhet under ungdomstiden*. [Doktorsavhandling, Högskolan Kristianstad].
- Grace, R., Shier, H., Michail, S., Fattore, T., McClean, T., Ng, J., ... & Kemp, L. (2024). Supporting child and youth participation in service design and decision-making: The ReSPECT approach. *Children and Youth Services Review*, 163, 107769.
- Green, G., & Johns, T. (2019). Exploring the relationship (and power dynamic) between researchers and public partners working together in applied health research teams. *Front Sociol*, 4, 20.
- GreenMills, L.L., Davison, K.K., Gordon, K E., Li, K., & Jurkowski, J.M. (2013). Evaluation of a childhood obesity awareness campaign targeting head start families: designed by parents for parents. *J Health Care Poor Underserved*, 24(2 Suppl), 25–33.
- Hart, R. A. (1992). Children’s participation: From Tokenism to citizenship. *Papers Inness*, 92(6).
- Hughes, M., & Duffy, C (2018). Public involvement in health and social sciences research: A concept analysis. *Health Expectations*, 21(6): 1183–1190.
- Kaiksow, A. F., & Carter, J. (2022). Barriers to representation of Underrepresented and Excluded Populations in Clinical Research. I K. Bibbins-Domingo & A. Helman (red.), *Improving Representation in Clinical Trials and Research*. The National Academies Press.
- Kaiser, B.L., Thomas, G.R., & Bowers, B.J. (2017). A case study of engaging hard-to-reach participants in the research process: Community advisors on research design and strategies (CARDS)®. *Res Nurs Health*, 40(1), 70–79.

- McCormack, B., & McCance, T. (2019). *Person-centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. John Wiley & Sons.
- Morrow, E., Ross, F., Grocott, P., & Bennett, J. (2010). A model and measure for quality service user involvement in health research: Service user involvement in health research. *Int J Consumer Studies*, 34(5), 532–539.
- Shaghaghi, A., Bhopal, R.S., & Sheikh, A. (2011). Approaches to recruiting 'hard-to-reach' populations into research: A review of the literature. *Health Promot Perspect*, 1(2), 86–94.
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. *Children & Society*, 15(2), 107–117.
- Siotis Ekberg, C., & Olsson, A.-M.E. (2023). Barnsamtal och involverande av barn i forskningssammanhang: berättelser och reflektioner ur forskarperspektiv. I E.-L. Einberg, & A.-C. Sollerhed (red.), *Barnsliga sammanhang: Forskning om barns och ungdomars möjligheter och utmaningar för hälsa och välbefinnande* (s. 93–112). (Barnsliga sammanhang; Nr. 4). Kristianstad University Press.
- Tembo, D., Morrow, E., Worswick, L., & Lennard, D. (2019). Is co-production just a pipe dream for applied health research commissioning? An exploratory literature review. *Frontiers in Sociol*, 4, 50.

Om författarna

Anna-Karin Edberg (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hennes avhandling (1999) handlade om mötet mellan personal och personer med en långt framskriden demenssjukdom och hon har bedrivit forskning som involverar personer med demenssjukdom och deras närstående. Hon är ledamot i Demensfondens vetenskapliga råd och har varit delaktig i framtagandet av riktlinjer vid Socialstyrelsen och vid International Psychogeriatric Association avseende vård och omsorg till personer med demenssjukdom.

Jamal Abdulle är utbildad till data- och elektrotekniker och har bred arbetslivserfarenhet inom teknik och projektledning. Jamal är även aktiv inom den ideella sektorn där han framför allt brinner för barn- och ungdomsfrågor med syfte att ge en trygg start i livet och goda förutsättningar för framtiden för dem som bor i bostadsområden utsatta för social exkludering. Dessutom har Jamal omfattande

erfarenhet av samarbete med forskare inom olika projekt där han verkar inom rekrytering och referensgrupper.

Sara Björklund är specialistsjuksköterska med inriktning ambulanssjukvård och doktorand i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes doktorsavhandling är inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande. Sara arbetar fortsatt kliniskt inom Region Blekinges ambulanssjukvård som specialistsjuksköterska och med frågor rörande normkritik, jämlik vård och kompetensstöd inom verksamheten.

Tommy Carlsson är specialistsjuksköterska med inriktning intensivvård, barnmorska och docent vid Röda Korsets Högskola. Forskningen inriktar sig dels på hur vård och stöd kan utformas och anpassas för den varierade populationen i dagens samhälle, inklusive grupper som inte tillhör majoritetssamhället. Genom samverkansforskning med representanter från målgrupper prioriteras forskningsfrågor och stödjande interventioner utvecklas. Tommy leder två samverkansprojekt finansierade av Forte som undersöker hur flyktingar som identifierar sig som HBTQ+ kan stödjas efter att de anlänt till Sverige.

Pernilla Garmy är specialistsjuksköterska med inriktning öppen hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Hon är professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR) och är ordförande i det högskoleövergripande etikrådet vid HKR. Hon leder forskningsmiljön Cyphisco som samlar forskare med intresse för barn och ungas hälsa och välmående. Pernilla undervisar i forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande och handleder flera doktorander inom området personcentrering.

Maria Gottvall är leg. barnmorska, leg. sjuksköterska och docent i omvårdnad vid Röda Korsets Högskola. Hennes forskning fokuserar på hälsa bland flyktingar och migranter. I ett projekt undersöks hur vården och stödet till flyktingar som identifierar sig som HBTQ+ kan utvecklas för att bättre möta målgruppens behov. Forskningen inkluderar samverkansforskning, där personer från målgruppen deltar som partner och aktivt involveras i forskningsprocessens olika delar. Maria undervisar även i sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

18 Forskningsetik på personcentrerad grund

Helena Larsson, Sara Björklund, Kerstin Blomqvist, Anna-Karin Edberg, Pernilla Garmy, Staffan Karlsson & Kirsti Skovdahl

Inledning

Att värna värdena inom personcentrering, såsom respekt för varje människa, rättigheten till självbestämmande, att främja ömsesidighet och att verka för öppenhet mellan olika instanser, professioner, forskningspersoner och samhället, har betydelse för hur vi formar forskning för framtiden. Kanske är du doktorand, nybliven forskare som planerar för ditt första egna forskningsprojekt, skriver en ansökan till Etikprövningsmyndigheten eller är seniorforskare och ska hålla i ett moment i en forskarutbildning. Då finns det inspiration och erfarenheter att läsa om i detta kapitel.

Forskningsetik på personcentrerad grund

Forskningsetik på personcentrerad grund utgår från de fyra värdena respekt, självbestämmande, ömsesidighet och öppenhet. Dessa värden kan och bör reflekteras över tillsammans med de forskningsetiska principerna göra gott, inte skada, rättvisa och autonomi. Som forskare har vi ansvar för att bedriva forskning som är genomtänkt och genomarbetad utifrån forskningsetik. Det innebär att tänka igenom den forskning som ska göras genom hela forskningsprocessen. Personcentrering beskrivs ibland i forskning och litteratur som en etik. Att vara personcentrerad handlar om att vara närvarande, lyssna in och vara öppen för det som framkommer. Ibland beskrivs dessa ord i kontexten av en vårdverksamhet, men ett sådant förhållningssätt bör även prägla forskning som genomförs. Forskning visar att det finns en risk att personcentrerad vård blir en ”pappersprodukt” utan reflektion i varje unikt vårdmöte mellan den som ger vård och den som tar emot vård (Ekman, 2022). En risk finns att forskningsetik kan bli på liknande sätt, det vill säga en mekanisk handling som skrivs in i en ansökan. Som forskare har det betydelse att utmana sin tanke om forsknings- och

forskareetik, inte för att skapa osäkerhet om huruvida forskning kan genomföras, utan för att ingjuta mod att genomföra forskning. Som hjälp och guide kan exempelvis Vetenskapsrådets rapport om god forskningssed (2024) användas, med flera exempel på reflektionsfrågor i relation till forsknings- och forskareetik. Att tänka igenom hur personer inkluderas i forskning och hur respekt, självbestämmande, ömsesidighet och öppenhet tillvaratas och främjas genom hela forskningsprocessen har betydelse för nutid och framtid, för trovärdighet till forskning och för samhället i stort.

Ramverk för forskningsetik – från då till nu och framåt

Forskningsetik utgår från lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Lagen anger när etisk prövning måste göras för att få genomföra viss typ av forskning. En etisk prövning görs av Etikprövningsmyndigheten (EPM) efter ansökan av ansvarig forskare. Innan tillstånd från EPM har erhållits får forskningen inte påbörjas. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. Kanske tar vi idag för givet att forskning bedrivs utifrån etiska principer och att det finns en lag som reglerar detta, men så har det inte alltid varit. Ett exempel är andra världskriget, då fasansfulla experiment skedde på människor utan hänsyn till respekt för människovärdet och som fick till följd att människor utsattes för stort lidande och dog på grund av experimenten. I samband med rättegångar i Nürnberg, efter andra världskrigets slut, framkom behovet av etisk prövning i samband med forskning för att säkra att människor inte kommer till skada. Den första Nürnbergkodexen kom år 1947, och med den kom kravet på *informerat samtycke*. Att ett sådant krav finns är ett viktigt uttryck för *autonomiprincipen*, som handlar om varje persons rätt att bestämma över sig själv och sin medverkan i forskning. Vidare uttrycktes att forskningen ska ha goda konsekvenser, det vill säga *godhetsprincipen*. Riskerna för forskningspersonerna ska minimeras, och om det trots vidtagna försiktighetsåtgärder verkar troligt att en forskningsperson kan komma att påverkas negativt ska forskarna avbryta forskningen, det vill säga följa *principen att inte skada*. Ytterligare en viktig del i forskningsetik är *rättvis principen*, som utgår från alla människors lika värde och uttrycker krav

på icke-diskriminering samt att särskild hänsyn ska tas till människor som har nedsatt förmåga att tillvarata sina egna intressen (Beauchamp & Childress, 2019).

Utifrån Nürnbergkoden följde andra viktiga deklarationer, bland annat FN:s allmänna förklaring om mänskliga rättigheter år 1948 samt Europakonventionen till skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna från år 1950. De etiska principer som formulerats för att tillgodose individskyddet i forskningen innefattar grundläggande mänskliga rättigheter. Nürnbergkoden formulerades i första hand i relation till medicinsk forskning som skydd för forskningspersoner som deltar i forskning inom medicinsk vetenskap. Medicinsk vetenskap berör frågor om liv och död, och människor som är under vård befinner sig i ett beroendeförhållande och underläge. Tydliga etiska principer så att forskningspersonernas rättigheter och intressen skyddas, har därför en särskild aktualitet inom medicinsk forskning.

Ytterligare viktiga direktiv innefattas i Helsingforsdeklarationen, som togs fram av *World Medical Association* år 1964 (WMA, 2024). Med denna deklaration infördes bland annat en distinktion mellan terapeutisk och icke-terapeutisk forskning. Specifika etiska riktlinjer för samhälls- och beteendevetenskaplig forskning har utvecklats senare än den medicinska etiken. De bygger emellertid på samma grundläggande principer. I synnerhet vid interventionsforskning är det liknande överväganden som är aktuella, oavsett om det är en beteendevetenskaplig eller medicinsk behandling. Beauchamp och Childress (2019) utvecklade en serie principer med intentionen att uppnå konsensus avseende forskningsetik. De fyra principer som togs fram är idag centrala inom forskningsetik: *respect for autonomy* (autonomiprincipen), *non-maleficence* (inte skada-principen), *beneficence* (godhetsprincipen) och *justice* (rättvisseprincipen). Dessa fyra principer ska vara utförliga nog att vägleda etiska reflektioner, analyser och beslut, men också allmänna och flexibla nog att kunna appliceras i olika kontexter, situationer och kulturer.

Autonomiprincipen

Ordet autonomi kommer från de grekiska orden ”autos” och ”nomos” och innebär en ”människa som kan styra själv”. En autonom person är

någon som själv kan fatta beslut och avgöra sådant som rör en själv. Respekten för autonomi fokuserar på att respektera en annan persons kapacitet att fatta beslut själv. En person visar att hen kan fatta ett beslut genom att ta till sig information, förstå information och göra ett val utifrån det. En kompetent person bedöms kunna fatta beslut i frågor som rör ens kropp och vård – förutsatt att det finns information och förklaringar om till exempel diagnos och behandlingsalternativ på ett sätt som är rimligt att förstå. Emellertid är inte alla personer fullt autonoma; det finns grader att ta hänsyn till. Barn har en ökande autonomi (det vill säga kapacitet att förstå komplex information och agera i relation till ålder och mognad). Vissa saker kan barn fatta beslut om, men inte alla. Vissa personer är tillfälligt begränsade i att utöva sin autonomi, till exempel om en person är medvetslös, sövd eller på annat sätt påverkad. Det finns även personer med en begränsad och/eller avtagande autonomi. Det innefattar personer med sjukdomar som påverkar den kognitiva funktionen och minskar personens kapacitet att förstå information och fatta beslut utifrån det, se vidare kapitel 17.

Informationskrav

I ett forskningssammanhang är respekten för autonomi central och innefattar ett informationskrav. Information till forskningspersoner behöver omfatta syfte och villkor för deltagande, samt betona frivillighet och rätt att avbryta sin medverkan när som helst utan förklaring. Det ska ges information om faktorer som kan påverka forskningspersonens vilja att delta, särskilt risker och obehag. Emellertid kan informationen ange vinster för samhället som motiv för deltagande. Vidare ska informationen innefatta det övergripande syftet och planen för forskningen, samt de metoder som kommer att användas. Finansieringen av forskningen och publicering av resultat (när, var och hur) ska anges i informationen, samt vem som är forskningshuvudman. Respekt för en persons rätt till autonomi innebär också att inte undanhålla en forskningsperson viktig information som kan påverka hens beslut.

Samtyckeskrav

En autonom person ska respekteras för sin fria vilja att fatta beslut. Frivillighet betonas, och att deltagande i forskning inte ska påverka den vård som erhålles, samt att personen ska kunna säga nej när som helst. Ett samtycke gäller bara om forskningspersonen dessförinnan har fått

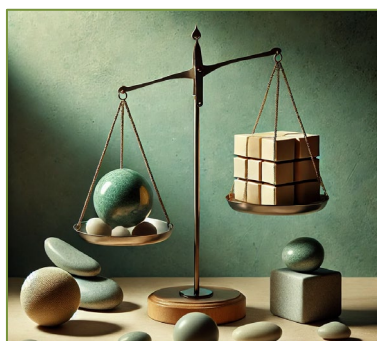
information om forskningen och det ska vara frivilligt, uttryckligt och preciserat till viss forskning. Forskningspersonen ska själv bestämma över sin medverkan på förhand och det ska vara ett aktivt beslut, samt att personen självständigt ska bestämma om, hur länge, och på vilka villkor, hen vill delta. Vidare ska forskningspersoner kunna avbryta sin medverkan utan negativa konsekvenser. Forskningspersoner får inte utsättas för påtryckningar och det ska inte förekomma beroendeförhållande mellan forskare och forskningspersoner.

Det finns olika typer av och metoder för samtycke; mest vanligt är skriftligt samtycke, men även muntligt dokumenterat samtycke förekommer. När forskningspersoner till exempel skickar in en ifylld enkät kan det betraktas som ett samtycke till deltagande i forskning. För omyndiga personer med nedsatt autonomi gäller specifika direktiv avseende samtycke. Om forskningspersonen har fyllt 15 år, men inte 18 år, och inser vad forskningen innebär, ska personen själv informeras om och samtycka till forskningen på det sätt som anges ovan. I andra fall när forskningspersoner inte har fyllt 18 år, ska båda vårdnadshavarna informeras om och samtycka till forskningen. Forskningspersonen själv ska dock så långt det är möjligt informeras om forskningen. Trots vårdnadshavarnas samtycke får forskningen inte utföras om en forskningsperson som är under 15 år inser vad den innebär och motsätter sig att den utförs.

Inte skada-principen

Principen att inte skada innebär att varje forskare har ett ansvar för att sträva efter att förebygga eller förhindra skada. Forskning kan innefatta en metod som syftar till att påverka en människa fysiskt eller psykiskt, och det finns därmed en risk att skada forskningspersonen. I sådan forskning är det av vikt att forskningspersonen skyddas mot risken att skadas fysiskt, psykiskt eller integritetsmässigt. Det kan också finnas en risk att forskare undviker att ställa vissa frågor därför att de tror att frågorna är känsliga att besvara eller att forskningspersonen ska uppleva frågan kränkande. Många gånger präglas sådana ställningstagande av forskarens egen förförståelse, och det kan handla om frågor som rör ämnen som sexualitet, våld i nära relation eller döende och död. Som ett led i att inte skada anges i konfidentialitetskravet att forskare ska försäkra att inga känsliga personuppgifter kopplat till identitet

sprids till obehöriga. Det innebär avidentifiering av data vid rapportering och publicering, samt säker hantering, förvaring och arkivering av data. Nyttjandekravet anger att insamlade data inte får användas i kommersiella eller för andra ovetenskapliga syften, utan ska endast användas för den aktuella studien. Insamlade data får inte heller användas för beslut och/eller åtgärder som direkt påverkar forskningspersonen. Inom vården kan det innefatta beslut om undersökningar och behandlingar, och inom utbildning bedömningar och betygsättning.



Godhetsprincipen

Syftet med forskning är att göra gott. Forskningen ska vara relevant, ge tillförlitliga resultat och vara till nytta för vetenskapen och samhället. Det kan vara att ta fram ny kunskap som kan ge förbättrade interventioner för prevention och behandling inom vården eller förbättringar i andra situationer. Rör det sig om behandling förväntas den minska forskningspersoners symtom och lidanden, och i bästa fall undanröja dessa. Är det en förebyggande intervention förväntas den förstärka skyddsfaktorer hos forskningspersonerna, vilket i sin tur minskar risken för framtida ohälsa. Att göra gott innebär förutom att respektera forskningspersonens rätt till autonomi och undvika skada, också att försöka bidra till en persons hälsa och välbefinnande. Här är det viktigt att framhålla att det också finns forskning som görs med personer som själva kanske inte får nytta av den aktuella forskningen, men att framtida personer i deras situation kan få det. Det gäller exempelvis svårt sjuka personer, personer som har en demenssjukdom, eller inom palliativ vård. Godhetsprincipen kan alltså vara ”uppfylld” även om personer som deltar själva inte får nytta av forskningens resultat. Att väga vinsterna av att genomföra forskningen mot nyttan

för forskningspersonerna är centralt. För att stärka forskningspersoners ställning har allmänheten insyn i och inflytande över forskningsetisk prövning. Därtill ska forskningspersonernas rättssäkerhet värnas. Studier ska vara metodologiskt rimliga och risker för skada ska vara minimerade, samt genomföras av kompetenta forskare.

Rättvisprincipen

Rättvisprincipen avser främst valet av forskningspersoner. Till exempel ska inte forskningspersoner inkluderas från sårbara och underprivilegierade grupper om det inte är just deras villkor som ska studeras. Vidare ska inte heller personer inkluderas som saknar ekonomiska medel och erbjuds betalning för att delta i forskning. Idag är det dock vanligt att nya läkemedel testas i fattiga länder. Det är billigare för läkemedelsföretag, och för de som deltar i forskningen är det en möjlighet att få tillgång till bättre vård. Samtidigt finns det risk att det görs avkall på skyddet av forskningspersonerna när det genomförs forskning i länder med lägre krav på forskningsetik. Rättvisa innebär också att alla har rätt att delta i forskning när de har intresse av det. Både män och kvinnor ska exempelvis inkluderas i studier där båda könen kan drabbas av en specifik sjukdom.

Då det i normalfallet krävs samtycke från forskningspersoner, kan vissa personer riskera att bli uteslutna i forskning. I vissa situationer får forskning genomföras utan samtycke, om sjukdom, psykisk sjukdom eller försvagat hälsotillstånd hos forskningspersonen hindrar att personens samtycke inhämtas. Det kan också handla om personer som vårdas i respirator eller blir observerade i akutrummet efter trauma. Möjlighet finns då att ta ställning till om deras data kan användas i forskning när de har återhämtat sig. De kan ge sitt presumtiva samtycke, det vill säga ge sitt samtycke även om det just nu inte är möjligt att uttrycka. Forskningen får dock endast genomföras om syftet är att bidra till ett resultat som kan vara till nytta för forskningspersonen eller någon annan som lider av samma eller liknande sjukdom, samt innebära en obetydlig risk för skada och obehag för forskningspersonen. Forskningspersonen ska så långt som möjligt informeras personligen om forskningen. Vidare ska samråd ske med forskningspersonens närmaste anhöriga, god man eller förvaltare. Emellertid får forskningen inte

genomföras om forskningspersonen i någon form ger uttryck för att inte vilja delta eller om någon vid samråd motsätter sig deltagande.

Forskningsetik i relation till personcentrering

Ett personcentrerat förhållningssätt i forskning har som tidigare nämnts sin utgångspunkt i fyra grundläggande värden som handlar om att värna respekt, ömsesidighet, öppenhet och självbestämmande (Jacobs m.fl., 2017). Värdena kan användas genom forskningsprocessen för att reflektera över den forskning som genomförs i relation till forskningsetiska överväganden. De fyra värdena i ett personcentrerat förhållningssätt har en nära koppling till Helsingforsdeklarationens forskningsetiska principer.

Att värna respekt i forskning

Respekt handlar om en medvetenhet om att vi som människor är beroende av varandra, så även i forskning (Bergum & Dossetor, 2005). Forskaren är beroende av att det finns personer som vill delta i forskning, och som deltagare i forskning finns det en beroendeställning till forskaren genom att delge information om sig själv. Med en medvetenhet om att denna påverkan finns åt båda hållen kan ömsesidig respekt främjas (Bergum & Dossetor, 2005). God forskningssed innebär att som forskare vara medveten om hur forskningen påverkar en annan person. Ett sätt att värna respekt för de personer som involveras i forskning är hur de tillfrågas och görs delaktiga i forskningen. Ett exempel är att det kan ses som en självklarhet att skicka ut skriftlig information innan en datainsamling ska genomföras, men hur det säkerställs att forskningspersonen verkligen förstår vad de läser är många gånger mer oklart. Ett sätt att värna respekt är att samtala med forskningspersonerna om vad informationsbrevet innehåller och ha en dialog för att ge en ärlig möjlighet att ge muntligt samtycke, och först därefter efterfråga signaturen för att ge skriftligt informerat samtycke till att delta i forskningen. Först därefter sker datainsamlingen. För att värna respekt för forskningspersonerna bör en strävan vara att skapa balans mellan forskare och deltagare, där en förutsättning är att tänka igenom platsen där till exempel en intervju genomförs och placeringen i rummet. Det handlar också om att tänka igenom sitt eget förhållningssätt som forskare, såsom att sträva efter att vara inbjudande genom

att ärligt och öppet berätta om till exempel vad intervjun kommer att handla om och därefter inleda med öppna frågor, så att forskningspersonen ges utrymme att berätta på sitt sätt och med sina egna ord.

Att värna respekt för personer som deltar i forskning handlar också om att tänka på forskningspersonen utifrån ämnet som forskningen avser. Ett exempel kan hämtas från studier om existentiell ensamhet (Larsson, 2020). Innan forskningen genomfördes diskuterades och reflekterades över vad det kan väcka hos andra människor att berätta om situationer från sitt liv då de upplevt existentiell ensamhet. För att visa respekt för forskningspersonerna var det viktigt att beskriva att de endast berättade om sådant som de själva ville samt att det var fritt att tala om när de inte ville berätta mer. En annan risk var att ämnet berörde och väckte känslor som forskningspersonen sedan lämnades ensam med. Risken fanns också att någon person kände sig utlämnad eller upplevde att de delgett för mycket om sig själva. För att värna respekten för forskningspersonerna gjordes därför valet att de som intervjuades kontaktades en tid efter för att höra hur de upplevt intervjun. Detta är ett sätt att säkerställa att intervjun inte gjorde skada. Som forskare är det värdefullt att höra hur intervjuerna upplevts och att de många gånger kan göra gott genom att det kan kännas tillfredsställande att få berätta, att någon lyssnar och visar intresse för en annan persons berättelse.

Respekt handlar också om hur forskningspersoner rekryteras. Ett exempel från en studie handlar om då anhöriga till äldre personer intervjuades (Larsson, 2020). För att komma i kontakt med anhöriga identifierades de *via* intervjuer med äldre personer som genomfördes av en annan forskare. Att olika personer genomförde intervjuerna med de äldre och de anhöriga gjorde det möjligt att skydda konfidentialitet och respektera autonomi (Vetenskapsrådet, 2024) och på så vis värna respekten för de äldre personernas berättelse. Det kan vara svårt att hålla en öppenhet gentemot det som de anhöriga berättade om utan att vara färgad av det som den äldre personen hade talat om. Med detta förfaringssätt kunde forskarna ärligt svara, om de anhöriga frågade vad den äldre personen hade berättat om, att de inte visste.

Att värna självbestämmande i forskning

Självbestämmande handlar om att ges möjlighet att vilja ingå i ett forskningsprojekt, men också om möjligheten att vilja avstå utan att förklara varför. I forskning som bedrivs inom verksamheter som hälso- och sjukvård delas ofta ett informationsbrev ut till presumtiva forskningspersoner av en utsedd kontaktperson som inte är en av forskarna. I en studie av Larsson (2020) fick till exempel anhöriga information om studien via anhörigkonsulenten i kommunen. Om de anhöriga godkände att de kontaktades förmedlades namn och telefonnummer till forskaren. Flera presumtiva forskningspersoner avböjde medverkan och det kan såklart kännas nedslående när personer avböjer medverkan i forskning, men det är också ett tecken på att självbestämmande har funnits, det vill säga att det getts möjlighet att avstå från att delta i forskningen.

En annan risk kan vara att personer känner sig tvingade att medverka i studier på grund av lojalitet gentemot vårdpersonal eller forskare. Att garantera att så inte sker är svårt och därför är det viktigt att vid varje kontakt och inledningsvis vid varje datainsamling påminna om frivilligheten att delta i studier. När forskningspersoner rekryteras har forskarna ett val om hur frågan om att delta i forskning ställs. Ett exempel från en studie om existentiell ensamhet (Larsson, 2020) visar att det kan vara svårt att fråga om forskningspersonerna var intresserade av att delta i en intervju om existentiell ensamhet eftersom den första frågan tillbaka oftast var: ”Vad är existentiell ensamhet?”. Enklarest var att fråga efter deltagande i en studie om ensamhet i stället för att fråga om existentiell ensamhet. För att värna självbestämmande bör frågan formuleras så korrekt som möjligt, men personen ska också kunna förstå vad som efterfrågas (Vetenskapsrådet, 2024). En grundhållning som forskare är att vara ärlig (Beauchamp & Childress, 2019). I det aktuella exemplet beskrevs att syftet med intervjun var att få ta del av erfarenheter om en djupare form av ensamhet som ibland benämns som existentiell ensamhet. Valet var att förmedla frågan ärligt, korrekt och begripligt för att möjliggöra för personen att tacka ja till att delta med en medvetenhet om vad som förväntades (Larsson, 2020).

Att värna ömsesidighet i forskning

Ett personcentrerat förhållningssätt i forskning handlar om att sträva efter ömsesidighet genom att vara öppen, nyfiken och intresserad. Förhållningssättet handlar också om att försöka ställa sina egna förgivettagna föreställningar åt sidan så att det är möjligt att vara öppen för det som forskningspersonerna berättar om och vad data visar. För att lyssna in en annan person under en intervju behövs förberedelse genom att avsätta tid. Helsingforsdeklarationen (WMA, 2024) beskriver vikten av att avsätta tid för intervjun, före, under och efter, för att åstadkomma en god intervjusituation. I en intervjusituation är det en ständig balans mellan att forskaren vill veta något och samtidigt verka för en god forskningssed genom att inte utöva påtryckning (Vetenskapsrådet, 2024). Att värna om att inte utöva påtryckning kan vara ett sätt att sträva mot en ömsesidighet som innebär att ha ett etiskt förhållningssätt som forskare för att värna forskningspersonerna och för att inte skada (Vetenskapsrådet, 2024).

Ömsesidighet handlar också om att ta ansvar för den dialog som sker under en intervju. Ibland genomförs en intervju individuellt, i par eller i grupp och med en eller två forskare närvarande. Att ha en rollfördelning som forskare i en intervjusituation är ett sätt att förbereda sig och agera under intervjun. Att avsätta tid för förberedelse handlar också om att möjliggöra riktig närvaro i en intervjusituation. Ur ett etiskt perspektiv är det väsentligt att inte behöva komma tillbaka för att ställa frågor igen, då detta på nytt upptar tid och engagemang från forskningspersoner (Vetenskapsrådet, 2024). Ömsesidighet handlar inte enbart om själva intervjusituationen utan också om tiden efter intervjun, såsom att det i informationsbrevet finns uppgifter om hur forskningspersonerna kan komma i kontakt med forskaren som en möjlighet till uppföljning om behov uppstår av ytterligare samtal.

Att värna öppenhet i forskning

Ett personcentrerat förhållningssätt i forskning handlar om god forskningssed genom öppenhet, det vill säga att vara öppen med det som framkommer i forskningen genom att presentera resultaten i vetenskapliga sammanhang och på andra sätt sprida forskningens resultat i samhället. Ett exempel är öppenhet genom att besöka de verksamheter som varit involverade i forskningen, såsom patientförbund

och anhörigföreningar, för att sprida och diskutera resultat. Ett annat sätt att främja öppenhet och värna inkludering och delat beslutsfattande i forskningsprojekt är att ha en referensgrupp med personer som forskningen berör. Gruppen kan fungera som en viktig diskussionspart och ge synpunkter på planering, genomförande, preliminära resultat och resultatsammanställningar av forskning.

Öppenhet handlar också om att allt material i en forskningsstudie måste förvaras på ett sådant sätt att inga obehöriga kan ta del av det, och materialet ska presenteras på ett sådant sätt att forskningspersonerna inte ska gå till identifi- ciera av en läsare. Materialet ska hanteras konfiden- tiellt bland annat genom att kodlistor och intervjumaterial hålls åtskilda och inlåsta/förvaras på säkra servrar. Som forskare är ansvaret att skydda materialet, likaså att hålla god ordning på materialet (Beau- champ & Childress, 2019; Vetenskapsrådet, 2024).

Forsknings- och forskareetik i forskarutbildning

För att ges möjlighet att öva sig i forskningsetik på personcentrerad grund behöver det finnas med som en självklar del i en forskar- utbildning. Forsknings- och forskaretik ska vara en grundpelare i utbildningen. Alla steg, från planering till rapportering av en studie, ska genomsyras av etiska överväganden och med hänsyn till forsknings- etiska principer. Etiska teorier, historik, lagstiftning och kodexar är del av den teoretiska grunden, medan reflektion, enskilt och i grupp, används som redskap för att träna förmågan att problematisera, anta olika perspektiv och göra egna ställningstaganden i frågor som rör forskningsetik. Ett annat centralt inslag i forskarutbildningen är forskaretik. Forskaretik handlar om vad som krävs av forskaren för att agera med vetenskaplig redlighet och enligt god forskningssed i hela forskningsprocessen. De resultat som presenteras ska vara tillförlitliga, forskaren ska vara ärlig, visa respekt för deltagare och medarbetare samt ta ansvar för forskningen genom hela forskningsprocessen. Till forskaretiken hör sådant som att inte fabricera, förfälska eller plagiera. Grundläggande kunskap om forskaretik är ett viktigt verktyg i arbetet med att förebygga och förhindra vetenskaplig oredlighet.

När det gäller forskarutbildningar i Sverige generellt är vanligtvis fors- kningsetik en avgränsad kurs, eller så ingår forskningsetik som en del i

introduktionskursen. Vid forskarutbildningen i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad har vi i stället valt att integrera lärandemål och delprov om forsknings- och forskareetik i samtliga kurser. Den första grunden läggs i introduktionskursen och följs sedan upp i de efterföljande kurserna och är alltså organiserad som en så kallad ”slinga” genom utbildningen. Motivet för att använda en slinga i stället för att placera hela kursinnehållet i en enskild kurs är att kunna knyta forsknings- och forskareetik till det specifika kursinnehållet i respektive kurs. Den forskningsetiska slingan uppgår till totalt 6 högskolepoäng. Nedan presenteras en översikt av innehållet i de olika kurserna.

Forsknings- och forskareetik i de olika kurserna

I introduktionskursen presenteras de teoretiska grunderna för forsknings- och forskareetik, och uppgiften för doktoranderna är att kortfattat beskriva dessa samt, baserat på denna beskrivning, göra en analys av risker och nytta med det egna avhandlingsprojektet. Grunderna i forskareetik och vad som utmärker vetenskaplig redlighet och oredlighet är ett annat kursinnehåll. Lärandemålen i denna kurs ligger framför allt på en beskrivande nivå. Längre fram i forskarutbildningen ökar svårighetsgraden successivt genom att doktoranderna använder sin tidigare inhämtade kunskap som bas för sina resonemang och ställningstaganden i forsknings- och forskareetiska frågeställningar. Efter genomgången kurs ska doktoranderna kunna:

- diskutera och ta ställning till vetenskaplig redlighet och oredlighet samt utifrån lagstiftning, kodexar och etiska principer kunna argumentera för egen ståndpunkt
- översiktligt redogöra för etiska teorier, etiska principer, lagstiftning och kodexar av betydelse för det egna avhandlingsarbetet samt utifrån ovanstående kunna göra en risk–nytta-analys.

Forsknings- och forskareetik i kursen Personcentrering och personcentrerad forskning handlar om de utmaningar som särskilt utmärker forskning baserad på personcentrerade principer. Efter genomgången kurs ska doktoranderna kunna:

- identifiera och beskriva forskningsetiska utmaningar i forskning baserad på personcentrerade principer

- diskutera och föreslå hur forskningsetiska utmaningar vid forskning baserad på personcentrerade principer kan hanteras.

Kursen som behandlar fenomen, begrepp och teorier i vårdvetenskap riktar ljuset på avhandlingar i ämnet och uppgiften är att granska etik-avsnittet i någon eller några vårdvetenskapliga ramberättelser. Efter genomgången kurs ska doktoranderna kunna:

- ge exempel på forskningsetiska dilemman och ställningstaganden vid forskning inom vårdvetenskap
- kritiskt granska forskningsetiska resonemang inom ämnet vårdvetenskap.

I kursen Studiedesign med introduktion till kvalitativa och kvantitativa metoder behandlas frågor om forsknings- och forskareetik vid olika forskningsdesigner. Det handlar om vilka forskningsetiska ställningstaganden som behöver göras vid forskning baserad på kvalitativa respektive kvantitativa data eller vilka särskilda överväganden som behöver göras vid design av forskning baserad på ett randomiserat eller icke-randomiserat förfarande. Efter genomgången kurs ska doktoranderna kunna:

- identifiera forskningsetiska utmaningar i forskning baserad på kvalitativa respektive kvantitativa data samt föreslå hur dessa utmaningar kan hanteras.

Kurserna som behandlar kvalitativa respektive kvantitativa metoder behandlar forskningsetiken utifrån de specifika forskningsetiska utmaningar som kan uppstå genom hela forskningsprocessen. Frågor om forskareetik diskuteras fortlöpande. I respektive kurs ska doktoranderna kunna:

- ge konkreta exempel på forskningsetiska utmaningar genom hela forskningsprocessen (design, datainsamling, analys samt rapportering) vid forskning baserad på kvalitativa/kvantitativa data samt ge förslag på hur dessa forskningsetiska utmaningar kan hanteras.

Vinster och utmaningar med en "slinga" i forskningsetik

Vinsten med att organisera forsknings- och forskaretiken som en slinga genom forskarutbildningen, i stället för enbart vid ett tillfälle i de obligatoriska kurserna, är att ämnet hålls ständigt levande. Det gör också att doktoranderna utvecklas i att identifiera de specifika utmaningar som forskning med olika design, datainsamlings- och analysmetoder innebär. Slingan möjliggör även progression i tanken och kunskap om forskningsetiska ställningstaganden. När ett kursinnehåll, som i det här fallet forsknings- och forskaretik, inte behandlas i en separat kurs utan integreras i flera olika kurser finns dock en risk att kursinnehållet blir bortprioriterat i konkurrens med annat viktigt kursinnehåll. Ett sätt att minimera denna risk är att formulera specifika lärandemål och göra separata forsknings- och forskaretiska delprov i kurserna. Att ge kursinnehållet separata examinationer möjliggör för doktoranderna att samla examinationsuppgifter i forsknings- och forskaretik i exempelvis en portfolio som kan utgöra en bas för etikavsnittet i den kommande ramberättelsen i en avhandling. De separata lärandemålen och delproven underlättar även vid granskningar av forskarutbildningens kursinnehåll i ämnet forsknings- och forskaretik.

Doktorandperspektivet på "slingan" om forskningsetik

Utifrån ett doktorandperspektiv är slingan om forsknings- och forskaretik viktig och betydelsefull i relation till den egna utvecklingen som blivande forskare. Inledningsvis under studierna kan slingan uppfattas som upprepande och att forskningsetiska överväganden ska vara med i alltför många olika uppgifter. Efter en tid som doktorand förändras och utvecklas perspektivet till att se värdet av att återkommande ges möjlighet att reflektera över etiska ställningstaganden i relation till den forskning som görs och i relation till personcentrering. Slingan möjliggör att varje perspektiv kan formas i relation till eget avhandlingsarbete, som en hjälp vidare i tankar och argument om forsknings- och forskaretik.

Ett exempel på hur forskningsetik finns som en del i en kurs är att en vetenskaplig artikel granskas utifrån kvalitet och därefter ur ett forskningsetiskt perspektiv. Ett annat exempel är att forskningsetik reflekteras över i relation till val av design och metod. Även i kurser om statistik diskuteras och analyseras forskningsetik i relation till den

forskning som ska göras. En reflektion som är återkommande är att även om grunderna är desamma avseende lagar och principer så blir de forskningsetiska ställningstagandena olika beroende på ämne, design och metodval. Granskningen av olika uppgifter görs inte enbart utifrån forskningsetiska principer såsom rättvisa, autonomi, göra gott och inte skada, utan även utifrån öppna frågor om forskningsetik, för att uppmuntra till att reflektera och diskutera. I samtliga kurser lämnas en skriftlig uppgift in om forskningsetik som ett delprov, och forskningsetik blir på så vis genomsyrande i forskarutbildningen.

Erfarenheten är att det tar tid att förstå hur personcentrering och forskningsetik hör samman med koppling till det egna doktorandprojektet. Det krävs upprepat och återkommande arbete med koppling mellan forskningsprojekt, forskningsetik, forskareetik och personcentrering. En parallell är att personcentrering kan ses som en etisk ram att förhålla sig till i forskning i likhet med en värdegrund. En värdegrund kan skrivas på ett papper, utan verklig betydelse för någon. Men den kan också ha stor betydelse om det ges möjlighet till att få sätta ord på vad värdegrunden är, både för den enskilda personen och för en hel arbetsplats. Det är likadant med forskningsetik. Den kan skrivas på ett papper utan betydelse, men den får mening och innehåll när den bearbetas och diskuteras i förhållande till det egna arbetet. Att aktivt arbeta med forskningsetik är viktigt för att utvecklas i personcentrerad forskning, och det måste få ta tid.

Ett viktigt moment för att aktivt arbeta med forsknings- och forskareetik är återkommande möjlighet att diskutera. Att få fördjupa sin tanke och reflektion över tid är tillfredsställande, att mötas och ta del av varandras perspektiv möjliggör utveckling för varje doktorand på sitt eget sätt. Den egna reflektionen är viktig, men det har också betydelse att få pröva sin egen tanke tillsammans med andra. Att få reaktioner från andra, kommentarer och respons, väcker många gånger nya insikter som inte går att nå utan diskussioner. I diskussionerna har det betydelse att ha kommit olika långt i doktorandstudierna och som forskare för att dela med sig av olika kunskap och erfarenhet. Från att vara ny doktorand med ”fräscha” ögon och öppna sinnen, till de seniora forskarna som har erfarenhet och kan bidra med ett annat perspektiv.

Ur ett doktorandperspektiv ska det kännas tryggt och öppet för att våga ge kritik till varandra, annars kan det leda till rädsla för att göra fel eller för att våga uttrycka tankar som inte är färdiga. En förutsättning för att stimulera till reflektion och diskussion om forsknings- och forskareetik är att aktivt arbeta med klimatet i gruppen där diskussionerna sker. Akademien kan uppfattas som inriktad på prestation och hierarki, och doktorander kan uppleva sig vara i underläge. I forskarutbildningen har det aktivt arbetats med en kultur bland forskarna som ska vara öppen, tillåtande och inkluderande. En sådan kultur kan färga av sig på hur doktoranderna vågar tänka kring forskningsetik och att våga tänka nytt. Forskningen kan bli bättre till exempel för att doktorander och forskare vågar inkludera forskningspersoner som det annars finns en tvekan inför att inkludera av rädsla för att göra forskningsetiska fel.

Det kan alltså sägas att det kan vara avgörande att få lägga fram sina tankar om forsknings- och forskareetik, få kritik, göra om, tänka och lägga fram något på nytt för att utvecklas inom forskningsetik. Att det finns en öppen atmosfär med ett tillåtande klimat är en förutsättning för en personcentrerad forsknings- och forskareetik, och det är inget som bara finns genom ett dokument, utan något som behöver arbetas med aktivt.

Att främja allas röster i forskning

Det finns flera exempel på personer som i låg grad finns representerade i forskning, såsom personer med kognitiv svikt, funktionsvariation och barn och ungdomar (se kapitel 17). Ur forskningsetisk synpunkt handlar det oftast om hur informerat samtycke kan inhämtas och om hur autonomi skyddas. Som forskare kan det uppstå en rädsla för att göra fel och för att skapa obehag hos forskningspersoner. Alltmer framförs dock att det är mer oetiskt att *inte* inkludera vissa personer i forskning, eftersom allas röster behövs för att ge en bredare bild av till exempel olika personers behov och situation. Om vissa röster aldrig eller ytterst sällan hörs riskerar personer att inte få sina behov uppmärksammande eller tillgodosedda.

Avseende forskning med barn kan det tyckas vara självklart och rimligt att vårdnadshavaren har rätt att få information och fatta beslut om sitt barns deltagande i forskning. Ungdomar som fyllt 15 år och som inser

vad forskningen innebär kan dock själva fatta beslut om de vill delta. För yngre barn är det ofta oproblematiskt att inhämta vårdnadshavarnas samtycke eftersom de vuxna är mycket närvarande i barnets liv och ofta är involverade i barnets vardag, skola, aktiviteter och mående. Erfarenheten är att det kan vara en utmaning att inhämta skriftligt samtycke för ungdomar i åldrarna 13–14 år, det vill säga när ungdomarna går i årskurs 7 och 8. När det enbart gäller skriftligt samtycke för ett fåtal barn, exempelvis för att kunna genomföra intervjuer med elever, brukar det gå relativt bra att inhämta samtycke. Då finns också möjlighet att inhämta samtycke på andra sätt, exempelvis genom ett telefonsamtal. Men när det gäller större enkätundersökningar som kräver flera tusen deltagare, är det svårt att få skriftligt samtycke från vårdnadshavare till barn i denna ålder. Det räcker inte heller med en vårdnadshavare, utan båda vårdnadshavarna behöver samtycka om de har gemensam vårdnad. I en pågående kluster-randomiserad studie om tonårssömn var målgruppen i första hand elever i högstadiet. Men då det visade sig vara svårt att få in samtyckesblanketter har studien utvidgats till att också inkludera gymnasiet, eftersom eleverna där är 15 år eller äldre och därmed kan fatta egna beslut. Att ungdomar i yngre tonåren därmed utesluts från forskning är problematiskt eftersom deras röster då inte får höras.

Vid forskning som berör personer som har en progredierande sjukdom, som exempelvis en demenssjukdom, är det viktigt att komma ihåg att förmågan att fatta beslut kan förändras över tid, eftersom sjukdomen kan påverka personens kognitiva förmåga och därmed förmågan att fatta informerade beslut. Det är därför särskilt viktigt att forskaren anpassar informationen om projektet så att den är begriplig och enkel att förstå. Forskaren behöver också vara extra lyhörd för forskningsdeltagarens önskemål, ork och möjlighet att delta, även efter att deltagaren har gett ett initialt samtycke. Det innebär också att vara uppmärksam på eventuella tecken på ovilja att fortsätta delta i forskningen. Så även om en deltagare från början har gett sitt samtycke till att delta i ett forskningsprojekt, kan detta behöva omprövas under forskningsprocessen. Det är inte helt ovanligt att personer med demenssjukdomar exkluderas ur olika studier på grund av kognitiv nedsättning, vilket även leder till andra etiska utmaningar, det vill säga att deras röster inte blir hörda. Mer om detta finns att läsa i kapitel 17.

Det finns också en risk att personer som inte har svenska som modersmål blir exkluderade i forskning eller att det krävs tolk-användning för att personen ska kunna delta. Även om det i vissa fall kan vara enklast att använda en familjemedlem som tolk är det oftast bäst att använda en auktoriserad tolk. För auktoriserade tolkar gäller det som kallas ”god tolksed” (Kammarkollegiet, 2019). Det innebär bland annat att tolken själv måste överväga om hen är lämplig att utföra uppdraget och att hen ska uppträda yrkesmässigt. I god tolksed ingår även att all information ska återges så exakt som möjligt enligt principen att ”intet förtiga, tillägga eller förändra”. I tolkens roll ingår alltså inte att bedöma vad som är relevant i sammanhanget eller ge uttryck för sina åsikter och värderingar eller på annat sätt påverka tolkningen. Auktoriserade tolkar har också tystnadsplikt som innebär att tolken vare sig muntligen, skriftligen, genom ljud- eller bildupptagning eller på annat sätt får föra ut eller sprida information om innehållet av det som framkommer under tolkningen. Tolken ska alltid kasta eventuella anteckningar och radera sin sökhistorik i sin dator, surfplatta eller telefon efter tolkningen (Kammarkollegiet, 2019). Att använda tolk i forsknings-sammanhang är ibland nödvändigt för att allas röster ska bli hörda, men det kräver en medvetenhet hos både forskare och tolk så att data blir trovärdiga och tillförlitliga och att forskningspersonernas integritet respekteras.

Forskningsetiska utmaningar vid forskning i samverkan

Forskning i samverkan är ett brett begrepp. När det gäller vård-vetenskap handlar det vanligtvis om forskning i samverkan med olika vård- och omsorgsverksamheter. Det finns även olika grader av sam-verkan; allt från att verksamheten är involverad i några delar av forsk-ningsprocessen till att det är verksamhetens projekt, där forskaren mer fungerar som en gäst som följer projektets utveckling. Oavsett graden av involvering finns det flera specifika forskningsetiska utmaningar i forskning som bedrivs i samverkan, varav några beskrivs nedan.

När verksamheten ansvarar för information och genomförande

När verksamheten ”äger” själva projektet behöver forskaren förhålla sig annorlunda än då projektet drivs från akademien. I dessa fall betraktar deltagarna i vårdverksamheten idén som ”sin”, och interventionen kanske till och med drivs av personal från verksamheten som fungerar som projektledare. Vanligast är nog dock att forskaren använder kontaktpersoner i verksamheten som informerar forskningspersoner och ger information om studien, och ibland även samlar in data. Båda fallen innebär att principer som frivillighet och informerat samtycke kan bli åsidosatta.

I en studie som baserade sig på fokusgruppsintervjuer med forskare som bedrev forskning i samverkan (Edberg, 2013) beskriver deltagarna hur det fanns en risk att kontaktpersonerna i verksamheten tog egna beslut som riskerade att äventyra hela interventionen; till exempel kunde de ändra olika utvärderingsprotokoll och beslut som grundade sig i att de ibland inte hade tillräckliga kunskaper exempelvis om vilka etiska riktlinjer för forskning som gällde. Forskarna poängterade att de försökte säkra både den vetenskapliga kvaliteten och de forsknings-etiska principerna genom dialog, men att detta ibland inte var så enkelt:

... en av kontaktpersonerna hade nästan 100 procent deltagande av personalen som skulle svara på enkäten. Eftersom det var betydligt högre än på de andra boendena frågade vi kontaktpersonen vad det kunde bero på. Hen svarade att det väl var självklart att alla skulle svara – det var ju på deras betalda arbetstid och det hade hen minsann upplyst dem om ... Och ändå hade vi informerat om vikten av frivillighet och att hen skulle trycka på det i den muntliga informationen. Det stod ju till och med på enkätens första sida att deltagandet var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande. Det fanns liksom inte så mycket vi kunde göra i efterhand ...

Forskarens makt i relation till forskningspersonerna

Dahlin-Ivanoff med flera (2024) har genomfört en studie som baseras på fokusgruppsintervjuer med forskare med fokus på forskning som involverar äldre personer. En av kärnkategorierna var ”Forsknings-samarbete – en etisk maktfråga”. Kärnkategorin omfattade att forsk-

ningssamverkan kunde innebära att *forskningsfriheten äventyrades* och att det fanns en *risk för maktmissbruk* samt att *diskriminerande akademiska maktstrukturer kunde skapa etiska frågor*.

Forskarna upplevde att forskningssamarbetet med äldre personer kunde innebära att *forskningsfriheten äventyrades*, vilket berodde på den maktförskjutning från forskare till den äldre personen som samverkan skapade. Denna maktförskjutning kunde leda till att den vetenskapliga kunskapen blev sekundär och att den äldre personens röst i stället fick företräde. Ett sådant exempel var när deltagarna var involverade i tolkningen av studiens resultat, vilket i sin tur kunde vara i konflikt med god vetenskaplig praxis.

Forskning i samverkan kan också medföra en *risk för maktmissbruk*, eftersom det finns en risk att de som säger ja till forskningssamarbetet inte riktigt förstår vad de har sagt ja till. Forskaren har ett stort ansvar för att se till att de som väljer eller accepterar att samarbeta i forskning verkligen vill göra det. Det är därför viktigt att forskaren är medveten om, och uppmärksammar, både verbala och icke-verbala signaler och använder dialog och lyhördhet som verktyg så att maktrelationer kan utjämnas.

När det gäller *diskriminerande akademiska maktstrukturer som kan skapa etiska frågor* var det främst forskaren själv som kände sig obekväm med att tillhöra de diskriminerande maktstrukturer som akademien kan innebära. Forskarna beskrev att det kändes oetiskt. Ett sådant exempel var de informationsbrev som skickas till deltagare i studier. Forskarna menade att kraven för etiskt godkännande har blivit så omfattande att det kändes oetiskt att ge detaljerade informationsbrev till äldre personer (Dahlin-Ivanoff m.fl., 2024).

Forskning i samverkan kan således ge upphov till olika etiska utmaningar. Det finns en risk att forskare kan känna sig hotade av att forskningspersonerna får för stort inflytande (jfr Boylan m.fl., 2019), något som måste balanseras mot rättvisepincipen där rätten att få sin röst hörd faktiskt är en grundläggande rättighet (jfr Fricker, 2007). Som forskare är det viktigt att vara medveten om olika maktstrukturer och att värna om och skydda de grundläggande etiska principerna för

forskning, särskilt i de fall där forskaren inte har kontroll över hela forskningsprocessen.

Värt att tänka på

Personcentrering beskrivs ibland som en etik, och forskning belyser betydelsen av att personcentrering och etik går hand i hand (Ekman, 2022). Att värna värdena inom personcentrering, såsom respekt för varje människa, rättigheten till självbestämmande, att främja ömsesidighet och att verka för öppenhet mellan olika instanser, professioner, forskningspersoner och samhället, har betydelse för hur forskning formas framåt. Ett sätt att utveckla den forskning som bedrivs nu och i framtiden är att genom forskningsprocessen utmana forskare att återkommande reflektera över hur personer inkluderas och görs delaktiga i forskning och hur respekt, självbestämmande, ömsesidighet och öppenhet tillvaratas och främjas.

Att reflektera över

- Vad är forsknings- och forskareetik på personcentrerad grund för dig?
- Hur kommer personcentrering till uttryck i den forskning som du är en del av?
- Hur kan du verka för att den forskning som görs utgår från personcentreringens värden?
- Vilka möjligheter ser du i forskning genom ett personcentrerat förhållningssätt?
- Hur främjas en kontinuerlig och återkommande reflektion om forsknings- och forskareetik i de forskningssammanhang där du verkar?

Referenser

- Beauchamp, T. & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press.
- Bergum, V. & Dossetor, J. (2005). *Relational Ethics: The full Meaning of Respect*. Hagerstown: University Publishing Group.
- Boylan, A.M., Locock L., Thomson, R. & Stanisewska, S. (2019). "About sixty per cent I want to do it": Health researchers' attitudes

- to, and experiences of, patient and public involvement (PPI). A qualitative interview study. *Health Expectations*, 22(4), 721–30.
- Dahlin-Ivanoff, S., Berge, I., Barenfeld, E., Haak, M. & Lood, Q. (2024). Research collaboration with older people as a matter of scientific quality and ethics: a focus group study with researchers in ageing and health. *Research Involvement and Engagement*, 10(6).
- Edberg, A-K. (2013). Forskarens utmaningar. I Jakobsson, L. (red.), *Aktionsforskning i praktik och teori*. Lund: Gleerups förlag.
- Ekman, I. (2022). Practising the ethics of person-centred care balancing ethical conviction and moral obligations. *Nursing Philosophy*, (3), e12382.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Jacobs, G., van Lieshout, F., Borg, M. & Ness, O. (2017). Being a Person-centred Researcher: Principles and Methods for doing research in a person-centred way. I McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (red.), *Person-centred Health care Research*. UK: Wiley.
- Kammarkollegiet (2019). God tolksed. Kammarkollegiets råd till auktoriserade tolkar. Kammarkollegiet.
- Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Sveriges riksdag.
- Larsson, H. (2020). *Existentiell ensamhet hos sköra äldre personer: ett närståendeperspektiv*. [Doktorsavhandling, Malmö universitet, 2020:1].
- Vetenskapsrådet (2024). *God forskningssed*. Vetenskapsrådets rapportserie. Vetenskapsrådet.
- WMA (2024). World Medical Association. *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association.

Om författarna

Helena Larsson (kapitelredaktör) är leg. sjuksköterska och universitetslektor i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad. Helenas avhandling hade fokus på existentiell ensamhet hos sköra äldre personer – ett närståendeperspektiv. Avhandlingens forskningsetiska överväganden hade utgångspunkt i personcentrerade värden. Hennes forskningsområden rör personcentrerad vård, existentiella aspekter, samt äldre personers och anhörigas situation

och välmående. Helena är ämnesföreträdare för omvårdnad och styrelseledamot i nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskeexamen (NKSE).

Sara Björklund är leg. sjuksköterska, specialistsjuksköterska med inriktning ambulanssjukvård och doktorand i vårdvetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes doktorsavhandling är inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande. Sara arbetar fortsatt kliniskt inom Region Blekinges ambulanssjukvård som specialistsjuksköterska och med frågor rörande normkritik, jämlik vård och kompetensstöd inom verksamheten.

Kerstin Blomqvist är leg. sjuksköterska och professor emerita i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad. Kerstin har arbetat aktivt med att synliggöra forskningsetik och forskaretik i forskarutbildningen genom att göra etik till ett obligatoriskt och återkommande inslag i kurserna.

Anna-Karin Edberg är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad. Hennes forskning handlar främst om äldre personers vård och omsorg med fokus på personcentrering och existentiell ensamhet samt stöd till personalen inom särskilda boenden. Hon undervisar i forskarutbildningen och handleder flera doktorander inom området personcentrering, och är redaktör för flera böcker som har fokus på, eller omfattar, personcentrering.

Pernilla Garmy är leg. sjuksköterska och professor i omvårdnad vid Högskolan Kristianstad (HKR). Hon var mellan åren 2022 och 2024 prodekan för fakulteten för hälsovetenskap och därefter ordförande i det högskoleövergripande etikrådet vid HKR. Hon leder forskningsmiljön Cyphisco som samlar forskare med intresse för barn och ungas hälsa och välmående. Pernilla undervisar i forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande och handleder flera doktorander inom området personcentrering.

Staffan Karlsson är leg. sjuksköterska och professor i hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hans forskning omfattar främst vård och omsorg till äldre personer och personer med demenssjukdom, samt hälsopromotion till äldre personer. Staffan har ett särskilt intresse för forskningsetik och är sedan 2017 vetenskaplig sekreterare i Etikprövningsmyndigheten.

Kirsti Skovdahl är leg. sjuksköterska, professor i hälsovetenskap och prodekan för forskning vid Høgskolen i Østfold, Norge. Hon har tidigare varit gästprofessor vid Högskolan Kristianstad och var då knuten till forskarutbildningen i vårdvetenskap inom området Personcentrering för hälsa och välbefinnande. Kirsti har varit medlem i det internationella nätverket CPC-ICOP i flera år. Hon har handlett flera doktorander avseende personcentrerad förankring och har arbetat med utveckling och implementering av personcentrering i en skandinavisk kontext.

19 Samverkan i forskning

Christine E. Laustsen, Ingela Furenbäck, Lisa Källström & Camilla Malm

Inledning

Är samverkan i forskning en nutida trend eller har det kommit för att stanna? För vem samverkar vi? Vad innebär det att samverka? Vad ska vi tänka på för att få till en bra samverkan? På vilket sätt är samverkan personcentrerad? I detta kapitel kommer olika aspekter av samverkan i forskning att belysas. Begreppet samverkan innefattar olika förhållningssätt och olika grader av involvering i forskning, och används därför här som ett kontinuum. Samverkan kan ske i delar av forskningsprocessen eller i hela forskningsprocessen. Syftet med samverkan kan även variera, där olika intressenter kan ha olika mål, det vill säga olika önskemål kring vad de vill uppnå med samverkan.

Samverkan kan definieras som en dubbelriktad interaktiv process mellan personer inom och utanför akademien för att ge varandra nytta som annars skulle vara svåra att få tillgång till (Perez Vico, 2018), och där olika aktörer bidrar med olika erfarenheter och kunskap. I samverkansforskning är det vanligtvis de personer som forskningen berör som får möjlighet att få sin röst hörd och ha inflytande på forskningens utformning och relevans. Även andra personer som har mandat att bidra till utveckling bör involveras. Samverkan kan därmed användas som ett medel för att uppnå personcentrering inom forskning. Kapitlet vänder sig främst till dig som bedriver forskning i samverkan, eller är involverad i ett projekt som omfattar samverkan, men kan även läsas av alla som är intresserade av ämnet.

Samverkan i forskning ur ett personcentrerat perspektiv

Att bli sedd som en person är centralt inom personcentrering. Alla personer har behov av att bli sedda för de personer de är, och med de förväntningar och behov de har. Ett personcentrerat förhållningssätt ska spegla de grundläggande antaganden som finns inom personcentrering

(se kapitel 1 i denna bok) och förstärker vikten av att samverka med och involvera de personer som på olika sätt berörs av forskningen. Ett mål är få en förståelse för andra personers livsvärld, eftersom den påverkar deras tolkning av verkligheten. Vår livsvärld blir alltså en referensram för hur vi tolkar situationer och upplevelser. Forskning som bedrivs i samverkan ger möjlighet för den målgrupp som forskningen ska vara till nytta för att ha inflytande på forskningens genomförande. För att möjliggöra detta kan olika tillvägagångssätt och metoder användas.

Att involveras i forskning innebär mer än att bara vara respondent, det vill säga mer än att delta i en intervju eller att svara på en enkät. Vid involvering i forskning bedrivs det inte forskning *för*, *om* eller *på*, utan *med* personerna. Detta innebär en aktiv involvering där samverkanspartnern har inflytande över forskningen. Genom att involvera personer i den forskning som berör dem, ökar möjligheten till att deras perspektiv beaktas och att kunskapen som utvecklas kan komma till nytta (McCormack m.fl., 2017), se även kapitel 17. Detta innebär i sin tur att forskningens resultat blir mer relevanta, applicerbara och hållbara.

Olika grader av samverkan

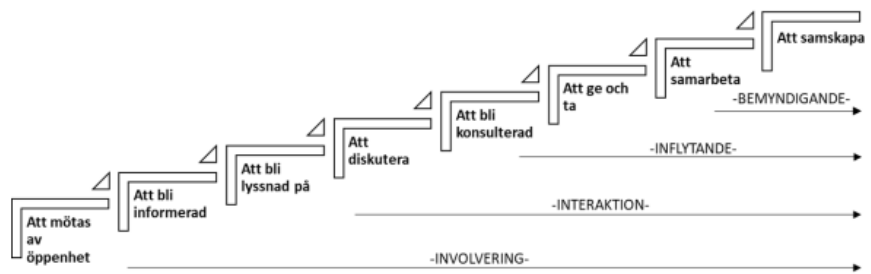
Samverkan kan ses som ett kontinuum med olika grader av samverkan. Graden av samverkan kan bero på vilka förutsättningar som finns för att samverka, vilken process som används och vilket resultat som önskas. Däremot är det inte så att ”ju mer samverkan, desto bättre”. Det är snarare viktigare att, med ett personcentrerat förhållningsätt, välja en metod som möjliggör involvering utifrån personernas premisser och villkor. Involveringen kan ske i olika delar av, eller i hela, forskningsprocessen.

Eftersom förutsättningarna och det önskade resultatet för samverkan varierar mellan olika situationer och kontexter är det nödvändigt och naturligt att samverkan ser olika ut beroende på sammanhanget. Det vill säga att processen (samverkansprocessen och forskningsprocessen) kan se olika ut. Studier har dessutom visat att personer som involveras i samverkan uppfattar och tolkar syftet och vidden av samverkan väldigt olika (ex. Källström & Smith, 2023). Samverkan anses kunna innebära

allt från att vara öppen mot varandra och delge varandra information till att samarbeta och samskapa, vilket gör graden av involvering, interaktion samt möjlighet till inflytande och bemyndigande¹⁷ varierar mellan olika samverkansprocesser.

Det finns olika grader och typer av samverkan. De fyra vanligaste är involvering, interaktion, inflytande och bemyndigande (se figur 1). De intensifieras i takt med att deltagarna närmar sig samskapande (Källström & Smith, 2024). Inflytande är inte självklart vid alla typer av samverkan, men ur ett personcentrerat perspektiv är personernas inflytande i forskningen väsentligt och något att eftersträva.

Figur 1. Kontinuum av samverkan (Källström & Smith, 2024).



Vilka bör samverka?

Tidigt i processen, i planeringen av samverkan, är det viktigt att överväga vem som ska involveras. Vems perspektiv (livsvärld) ska beaktas och vem ska få möjlighet till inflytande? Med ett personcentrerat perspektiv är personerna som berörs av forskningen i fokus,

¹⁷ Bemyndigande betyder tilldelning av befogenhet och innebär här en fördelning av makt.

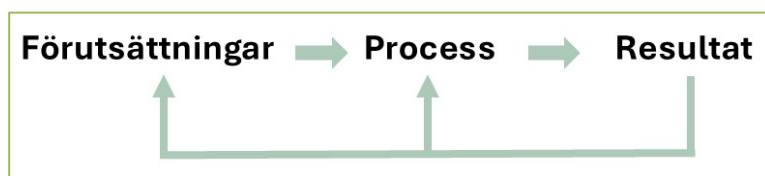
samtidigt som det är viktigt att beakta att dessa personer befinner sig i sociala, fysiska och psykologiska sammanhang och strukturer i samhället som ömsesidigt påverkar varandra. Att ha ett personcentrerat förhållningssätt innebär att i första hand involvera de personer som berörs, men också att involvera personer som är mer indirekt berörda. Dessa principer för involvering bygger på ett systemteoretiskt perspektiv där mikronivå, mesonivå och makronivå ingår (Bronfenbrenner, 1977). De personer som berörs av forskningen, det vill säga både de som kan uppleva sig påverkas av forskningens resultat och de personer som har ett intresse för forskningen och dess resultat, bör ges möjlighet till involvering. Ett exempel är ett samverkansprojekt mellan forskare, praktiker och äldre personer där en modell för preventiva hembesök (Pre-H) har utvecklats och implementerats i åtta kommuner i Skåne (projektet beskrivs även i kapitel 9 i denna bok). Forskningen inom detta projekt berör äldre personer, och det var därför av vikt att involvera dem för att kunna utveckla hembesöken och deras innehåll så att de upplevdes relevanta och meningsfulla av de äldre personerna (mikronivån). Därutöver involverades yrkesverksamma personer, som exempelvis sjuksköterskor och undersköterskor som utförde de förebyggande hembesöken, för att inkludera deras perspektiv och möjliggöra för dem att ha inflytande och bidra till forskningen (mesonivå). De förebyggande hembesöken utförs i en kommunal kontext som påverkas av politiska beslut och olika lagstiftningar. Därför involverades även chefer och andra beslutsfattare som hade möjlighet att påverka på denna nivå (makronivå) (Laustsen m.fl., 2020). Samverkan med personer från flera nivåer (mikro, meso och makro) behövs oftast för att kunna uppnå de resultat som önskas och för att säkerställa att de blir relevanta och hållbara.

Ett samspel mellan förutsättningar, process och resultat

För att möjliggöra en systematisk reflektion och diskussion kring samverkan i forskning är det viktigt att både forskare och de personer som involveras i forskningen beaktar (a) *förutsättningarna* för samverkan, (b) *samverkansprocessen* och (c) *resultatet* av samverkan. Tidigare forskning visar att samverkan i forskning inte är en enkel linjär process, utan ett ständigt samspel mellan dessa tre områden, som i sin

tur påverkar varandra (Laustsen, 2022) (se figur 2). Det är därför viktigt att de som samverkar både före, under och efter ett projekt reflekterar över, och tillsammans diskuterar, sina förutsättningar för samverkan, hur de ser på samverkansprocessen samt de resultat som förväntas.

Figur 2. Samspelet mellan förutsättningar, process och resultat vid samverkan i forskning.



Nedan följer en fördjupad beskrivning av dessa tre områden.

Förutsättningar för samverkan

Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att ta hänsyn till, och utgå från, olika personers förutsättningar för att involvera sig i forskning. Det omfattar såväl *interna* som *externa* förutsättningar som kan möjliggöra eller hindra personers involvering i forskningsprojekt. *Interna* förutsättningar relaterar till personen och de erfarenheter hen bär med sig. Med *externa* förutsättningar avses kontexten och det sammanhang som de aktuella personerna och forskarna befinner sig i.

Interna förutsättningar handlar bland annat om personernas erfarenhet och kunskap, motivation att involvera sig i forskning, inställning till att samverka samt självförtroende och tro på att en kan bidra till forskningen (Laustsen, 2022; Malm, 2022). Det handlar även om personliga egenskaper, det vill säga vem personen är. Är det någon som är van att ta för sig och yttra sig eller kanske någon som är van att anpassa sig efter andra? Detta påverkar i sin tur personens förmåga att involvera sig i forskning (Malm, 2022). Personer med hälsoutmaningar och personer som tillhör vissa grupper kan vara svårare att nå, och det finns därför en risk att de i mindre utsträckning blir involverade i forskning (se kapitel 17).

Externa förutsättningar handlar om kontexten och det sammanhang som personen befinner sig i och om personen har tid och resurser att involvera sig i forskning. Praktiker kan uppleva att det inte finns tid och

utrymme för att involvera sig på arbetstid. Personer som är svårt sjuka kanske inte har kraft att involvera sig i forskning, medan deras anhöriga kan uppleva att de inte har tid, ork eller resurser. Eftersom dessa personers unika erfarenhet och kunskap är av vikt för forskningen, krävs metoder och verktyg som är anpassade till deras förutsättningar för att på så vis möjliggöra deras involvering. Det finns även en risk att tro att personer som tackar nej till att involvera sig i forskning inte är motiverade. Det är dock alltför förenklat, då det kan vara förutsättningarna som påverkar deras möjlighet att involvera sig. Det förekommer även att personer inte tillfrågas om att bli involverade i forskning eftersom forskaren tror att de inte mår med det (Malm m.fl., 2022). Detta gäller till exempel äldre personer som ofta utesluts från forskning på grund av ett åldersstereotyp tänkande.

När förutsättningarna för att bedriva forskning i samverkan diskuteras är det nödvändigt att också nämna forskarna och deras förutsättningar, vilja och förmåga. Att involvera personer utanför akademien i forskning kräver både tid och resurser samt relationell kompetens. Viktiga förmågor är att kunna möta olika perspektiv och vara lyhörd för övriga personer som ingår i forskningsprojektet. Forskaren behöver vara öppen för deras önskemål och behov och samtidigt balansera detta mot forskningens krav och resurser. Om en forskare framgångsrikt lyckas kommunicera sina förväntningar och förutsättningar, samtidigt som hen tar hänsyn till de involverades perspektiv, kan det dock bidra till förbättrade forsknings- och samverkansprocesser och positiva upplevelser (Malm m.fl., 2022).

Samverkansprocessen

Oberoende av vilken metod som används är samverkansprocessen relationell och innebär möten mellan människor. Processen påverkas av vilka roller och uppgifter personer vill ha när de involveras i projektet och av de interaktioner och relationer som processen möjliggör. Att bedriva forskning i samverkan innebär alltså att forskaren behöver ägna tid åt relationsbyggande och vara både lyhörd och kommunikativ. För att underlätta samverkan är det viktigt att skapa struktur för samtalen så att alla får sin röst hörd. Därutöver krävs det att klimatet är tillitsfullt och öppet så att alla deltagare upplever sig värdefulla och erkända och vågar bidra och vara öppna med sina tankar, önskemål och behov. Det

är samtidigt viktigt att forskaren balanserar sin roll som forskare mot att vara ”en del av gruppen”.

Även om samverkansprocessen planeras tidigt, kanske redan vid ansökan om forskningsmedel, är det vanligt att den förändras över tid. Detta beror dels på de mänskliga möten som sker och de relationer som uppstår, dels på nya förutsättningar och behov som kan uppstå längs med vägen. Att regelbundet utvärdera samverkan och våga testa olika former och metoder ökar möjligheten till en hållbar samverkan för ömsesidigt lärande och nytta. Det är viktigt att komma ihåg att det inte finns enbart ett sätt att samverka på; samverkan behöver utformas utifrån de personer som är involverade och vad de vill uppnå med samverkan.

Samverkansprocessen är alltså inte linjär, utan snarare dynamisk och stundom iterativ¹⁸. Ibland sker samverkan i alla steg under forskningsprocessen, ibland är den koncentrerad till en eller några få faser: när forskningsfrågor formuleras, studien designas, deltagare rekryteras, data samlas in, resultaten tolkas, resultatet implementeras och kunskapen sprids. En etablerad och långsiktig samverkan skapar alltså möjlighet dels till att skapa relevant forskning, dels till att underlätta nyttiggörande och implementering av forskningsresultaten.

Initiativet till en forskningsstudie kan tas både av forskare och av vård- och omsorgsverksamheter, men det krävs tydliga strukturer för att samverkan ska ”bli till”. Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan som drivs av Högskolan Kristianstad tillsammans med åtta av de omgivande kommunerna, har utvecklat rutiner och processer för att fånga upp forskningsinitiativ som kommer direkt från verksamheterna. I de fallen initiativet kommer från forskare vid högskolan, finns det

¹⁸ En iterativ process innebär att utforma, bearbeta och kontinuerligt förbättra, där insikter används för att justera och förbättra processen, resultatet eller produkten.

krav på samverkan med verksamheterna. Det är viktigt att de som berörs av forskningen har inflytande så tidigt som möjligt i processen, och i ett första steg bedömer därför kommunerna forskningsidéns relevans för deras verksamheter. På så vis har de även möjlighet att tidigt i processen påverka hur involvering och samverkan ska ske. Om forskningsprojektet redan har planerats innan relevanta personer har involverats, kommer det att begränsa deras möjligheter till inflytande.

Resultatet av samverkan

Det är också viktigt att de personer som ska samverka diskuterar vilka resultat det ska leda till. Finns det specifika mål som en önskar nå? Personer utanför akademien som involveras i forskning kan exempelvis vilja påverka forskningsfrågorna eller säkerställa att forskningen bidrar till insikt och förståelse för deras livsvärld. Vård- och omsorgspersonal kan å sin sida ha önskemål om att utveckla praktiken. Därutöver kan forskarens mål vara relaterat till forskningsprocessen, såsom att förbättra datainsamlingen eller användbarheten av forskningens resultat.

När personer med hälsoutmaningar, eller deras anhöriga, involverar sig i forskning är deras mål ofta att bidra till bättre vård eller hälsa och att den kunskap som tas fram är grundad i en förståelse av deras livsvärld. Även om forskningen kanske inte leder till en direkt nytta för dem själva och deras livssituation, motiveras många av en tanke om ”det allmänna bästa”, det vill säga en förväntan om att deras bidrag generellt ska gynna andra som är i samma situation (Malm m.fl., 2021). Deras involvering bidrar också till att uppnå så kallad epistemisk rättvisa (Berge, 2024). Epistemisk rättvisa bygger på demokratiska värderingar och principer och handlar om att personer som har erfarenhet och kunskap inom ett visst område har rätt att få sin röst hörd (Fricker, 2018).

När vård- och omsorgspersonal involverar sig i forskning finns en förväntan om att resultaten ska bidra till utveckling av praktiken och till att verksamheten ska bygga på en evidensbaserad grund. Samverkan mellan forskare och vård- och omsorgspersonal kan alltså leda till både lärande hos personalen och utveckling av praktiken. Forskningen kan därmed anses vara mer legitim eftersom den är anpassad och relevant i praktiken (Laustsen, 2022).

Vid samverkan i forskning är det inte bara slutresultaten som kan vara värdefulla för samverkansparten. Många gånger är dialogen och det som händer under forskningsprocessen minst lika värdefull för de personer och organisationer som är involverade, vilket också kan ses som ett resultat av forskningen och samarbetet. I ett forskningsprojekt om samverkansaspekter och samverkansmodeller (se Laustsen m.fl., 2024) ledde exempelvis forskarnas kritiska frågor till nya insikter för organisationen, vilket i sin tur ledde till nya prioriteringar och aktiviteter i den aktuella kommunen. Forskarnas analys av nuläget fick ledningen att se att det fanns ett behov av att arbeta mer med implementeringen av den samverkansmodell som var tänkt att underlätta förvaltningsövergripande samverkan i kommunen.

Former och metoder för samverkan och involvering

Samverkan och involvering kan ske på olika sätt, och vara mer eller mindre formellt organiserad. Nedan presenteras några former och metoder för samverkan och involvering som, beroende på förutsättningarna och önskat resultat, kan vara lämpliga i olika sammanhang och skapa möjlighet till ömsesidig kunskapsutveckling.

Deltagarbaserad aktionsforskning

Aktionsforskning utvecklades initialt för att forskningen skulle bli bättre på att möta samhällets behov och kunna producera resultat som var mer användbara i praktiken. I nästa steg utvecklades *deltagarbaserad aktionsforskning*, där andra personer än forskare involveras för att kunna påverka forskningens genomförande under hela processen. Forskaren och de personer som deltar i samskapandet har olika kunskaper och perspektiv, och i dialogen dem emellan kan ny kunskap och förståelse utvecklas. Inom deltagarbaserad aktionsforskning är målet att uppnå lärande och personlig utveckling för alla involverade. Deltagarbaserad aktionsforskning bygger på värdegrunder såsom delaktighet, demokrati och jämlikhet (Bradbury, 2015; Swantz, 2015).

Forskningscirklar

Forskningscirklar kan användas i verksamhetsutveckling och forskning, men även inom undervisning (Furenbäck m.fl., 2024; Holmstrand

& Härnsten, 2022). De är ett redskap för att bedriva deltagarbaserad aktionsforskning och innebär att en blandad grupp av deltagare från verksamheter i praktiken och forskare från akademien samverkar. Utgångspunkten för en forskningscirkel är i första hand ett upplevt problem som deltagarna från verksamheterna har formulerat. Deltagarna utbyter tillsammans erfarenhetskunskap och vetenskaplig kunskap kring problemet. Detta sker i en demokratisk process där olika kunskapsformer möts, utmanas, utvecklas och omformas (Holmstrand & Härnsten, 2022). Ett sådant exempel är från en studie med chefer från kommun och region samt forskare, som utgick från frågeställningen: Hur kan vi säkerställa att vården utförs i samverkan mellan region och kommuner och med patienten i centrum? Gruppen träffades sammanlagt 17 gånger under 1,5 år, och dialogen som fanns inom forskningscirkeln genererade ett material som utgick från deltagarnas erfarenheter. Deltagarna analyserade materialet tillsammans, vilket ledde till införandet av nya interventioner i verksamheterna. Interventionerna gav sedan nya erfarenheter som diskuterades och utvärderades. Momenten i forskningscirkeln var därmed iterativa, och nya erfarenheter och insikter gjordes under processens gång. Det bidrog även till att de personer som deltog och gruppen som helhet utvecklades (Furenbäck, 2012). Forskare som bedriver forskningscirkel behöver vara flexibla och kunna anpassa sig efter rådande omständigheter, eftersom det kan upplevas som en omfattande och tidskrävande metod som kräver en hög grad av engagemang från verksamheterna.

Referensgrupper

Referensgrupper är en annan form för samverkan och involvering i forskning. En referensgrupp består oftast av personer med ett direkt intresse och erfarenhet av ett specifikt område eller ämne, och består av representanter för en målgrupp eller en verksamhet. Det är viktigt att personerna som deltar i referensgruppen kan företräda den grupp de ska representera. Sammansättningen av en referensgrupp är också betydelsefull eftersom grupp dynamiken och tolkningsföretredet påverkas av gruppens sammansättning. Ibland finns det behov av att skapa en mer homogen grupp, till exempel ett brukarråd bestående av endast patienter som har liknande erfarenheter. Ibland finns det behov av att skapa en mer heterogen grupp, till exempel bestående av patienter, anhöriga och hälso- och sjukvårdspersonal. Deltagarna i en referensgrupp

rekryteras vanligtvis i ett tidigt skede i ett projekt och är därefter aktiva genom hela forskningsprocessen. Gruppens roll är att ge feedback och råd till projektledningen för att förbättra forskningens genomförande och resultat. Trots att det formella beslutsfattandet ligger hos projektledningen, har referensgruppens åsikter och rekommendationer stor betydelse för forskningsprojektets riktning och genomförande. Referensgruppen kan även bidra till att den forskning som genomförs upplevs som meningsfull för dem som kan dra nytta av den. I forskningsprojektet ComPerCe vid Högskolan Kristianstad, som har fokus på sjuksköterskestudenters träning i samtal på personcentrerad grund, skapades en referensgrupp som bestod av studenter på sjuksköterskeprogrammet. Studenterna gav löpande feedback på flera olika delar i projektet som relaterade till såväl undervisningen och forskningsstudierna som till de preliminära forskningsresultaten. På så sätt var referensgruppen en viktig del i att säkerställa att forskningen hade relevans för just sjuksköterskestudenter. I detta projekt var det ett högt engagemang från referensgruppen och det är oftast motiverande för forskare att samverka med personer i en referensgrupp. Personer som deltar i en referensgrupp kan dock uppleva att det är tidskrävande att involvera sig. Det är därför viktigt att deras involvering känns meningsfull, att de har inflytande och att mötena blir givande.

Designmetoder

Designmetoder, till exempel *Design Thinking*, är ett samlingsnamn för kreativa, aktiva och reflekterande arbetsprocesser som syftar till att aktivt involvera deltagarna och ge dem möjlighet och makt att påverka såväl problemidentifiering som lösningar. Eftersom en viktig målsättning med samverkan i forskning är att identifiera samhällsrelevanta problem kan designmetoder med fördel användas i detta sammanhang. Många av designprocesserna beskrivs som stegvisa moment, vilket gör dem tillgängliga och möjliga för många att använda. Högskolan Kristianstad har utvecklat en innovationsutbildning, IMAGINE, inspirerad av Design Thinking, som kan användas inom såväl utbildning som forskning (se ex. Källström m.fl., *inskickad för publicering*). IMAGINE är uppbyggd av fyra faser och med hjälp av olika övningar får deltagarna utforska och definiera problem samt utveckla och leverera lösningar utifrån viktiga designprinciper såsom människan i fokus, kommunikation, samskapande och iteration.

Group Concept Mapping

Ett annat exempel på en deltagarbaserad forskningsmetod är *Group Concept Mapping*, som består av en kvalitativ och kvantitativ datainsamling och analys. Denna metod bygger på en demokratisk värdegrund och möjliggör insamling av erfarenhet och åsikter från en större grupp av personer på ett pragmatiskt och strukturerat sätt. Det är en strukturerad, men ändå flexibel, metod för att möjliggöra för många personer att få sin röst hörd. Deltagarnas svar på en frågeställning (prompt) inhämtas via brainstorming, och deltagarna får senare sortera samtliga svar utifrån hur de ser att dessa hör ihop, likt en kvalitativ analys av likheter och skillnader. Deltagarna ombeds även att rangordna svaren, oftast enligt de två frågorna: hur viktigt det är och hur genomförbart det är. Sorteringen och rangordningen genererar, genom kvantitativ analys, i sin tur en eller flera visuella figurer som tolkas tillsammans med deltagarna eller andra berörda parter. De illustrativa figurerna underlättar för de som forskningen berör att tolka resultatet, ge inspiration till hur de kan utveckla den egna verksamheten och vilka förändringar som bör implementeras (Kane & Rosas, 2018). Metoden har till exempel använts för att undersöka vad involvering av personal i forskning kan leda till. Som metod bidrog den till att involveringen strukturerades, men krävde också tid och engagemang från de som involverade sig (Laustsen m.fl., 2021).

Photovoice

Metoder som Photovoice har växt fram för att underlätta och möjliggöra för personer att involvera sig i forskning, förmedla sina upplevelser och få sin röst hörd i forskning. Metoden kan underlätta involvering av personer som kan uppleva att det är svårt att förmedla sina tankar och upplevelser, men kan även användas som stöd i datainsamling för att mer generellt underlätta samtalet mellan deltagarna och forskaren. Photovoice innebär att personen som involveras fotograferar det som är i fokus för forskningen, exempelvis deras vardag, och därefter reflekterar över fotona tillsammans med forskarna. Metoden kan dock kräva vissa förutsättningar hos de personer som deltar, såsom att kunna hantera en kamera och komma ihåg innebörden av bilden som togs. Samtidigt är det en metod som ger möjlighet för personer att uttrycka sig kreativt och få sin röst hörd, och därmed en

metod som möjliggör samskapande av kunskap och förändring (Lood m.fl., 2023).

Konsten att få till framgångsrik samverkan

Det finns många utmaningar i att få till en framgångsrik samverkan. Prestige, bristande förståelse för varandra och bristande tillit, olika språk, oklar kommunikation och brist på tid och resurser är bara några exempel på de svårigheter som en kan behöva överkomma i samverkan (se ex. Laustsen m.fl., 2024). Det krävs alltså en medvetenhet om dessa aspekter för att samverkan ska bli framgångsrik.

Det är bland annat viktigt att forskare och de personer som involveras i forskning är tydliga med sina förväntningar på varandra och på forskningen. En diskrepans mellan de förväntningar som forskarna och samverkanspartner har kan resultera i ett misslyckande för såväl forskaren och personerna som deltar, som för resultatet (Malm, 2022). Ibland kan de personer som involverar sig i forskning uppleva så kallat ”lip service”, det vill säga att det talas om samverkan, men att den i verkligheten inte sker. Det är även av vikt att samtala om förväntningar efter forskningens avslut för att få till hållbara förändringar. I regel krävs en förankring på flera nivåer i en verksamhet för att säkerställa att förändringarna är just hållbara.

Samverkan är en pågående iterativ process. I det tidigare nämnda Pre-H projektet samskapade forskare och yrkesverksamma personer i en pågående process där de förhandlade och hade olika genombrott, det vill säga att de kom vidare i processen. Genom att diskutera och förhandla lärde sig personerna i projektet av varandra och fick en större förståelse för varandra. Det var särskilt aktiviteter med hög grad av involvering som medförde genombrott i samverkansprocessen. Maktbalansen mellan de som samverkade, och en känsla av ägandeskap hos de som var involverade, var av vikt för att samverkan skulle bli framgångsrik. En viktig faktor var att bygga tillitsfulla relationer med ömsesidig respekt och acceptans. Även om det tar tid att bygga tillitsfulla relationer underlättar det när de utmaningar som en kommer möta under samverkansprocessen ska hanteras (Laustsen m.fl., 2020).

Ibland uppstår konflikter när olika parter som samverkar har olika perspektiv och olika önskemål. Genom att betrakta konflikter som naturliga, och genom att samtala om dessa i ett tidigt skede, kan samverkansprocessen främjas. Relationer och ett konstruktivt samverkans-klimat som präglas av tillit finns inte från början, utan behöver byggas under processens gång. I ett forskningsprojekt där bland annat forskningscirkelar användes, samverkade forskaren under fyra år med hälso- och sjukvårdspersonal. Allt eftersom tilliten mellan personalen i verksamheten och forskaren ökade kunde forskaren inta en mer aktiv roll. Om forskaren först lyssnar in vad som är av betydelse för praktikerna, för att sedan bidra med sin kompetens, kan detta alltså bidra till en framgångsrik samverkan (Furenbäck, 2012).

Värt att tänka på

Samverkan i forskning, och olika förhållningssätt och metoder för samverkan, utvecklas och accepteras alltmer och kommer troligen få alltmer uppmärksamhet i framtiden. Samverkan kan ske på olika sätt och med olika parter, men för att säkerställa framgångsrik samverkan är det av vikt att systematiskt reflektera kring vad som behövs för att möjliggöra detta (förutsättningarna), hur samverkan ska ske (processen) och vad samverkan ska leda till (resultatet) (Laustsen, 2022).

Därutöver måste en reflektera över vilka personer och målgrupper som behöver ingå i samverkan beroende på vilka behov och mål som finns. Samverkan i forskning kan möjliggöra personcentrering genom att säkerställa att det är personernas livsvärld som beaktas och att forskningen utgår från deras behov. En utmaning är att balansera samverkan i grupper där deltagarna har olika förutsättningar, såsom patienter och personal, och möjliggöra att alla får sin röst hörd. Hur kan vi exempelvis säkerställa att patienter vågar uttrycka sin uppfattning även när den skiljer sig från läkarens uppfattning? Oberoende av samverkansform och mål, är samverkan alltid relationell och består av interaktioner mellan de personer som samverkar. Det sätter fokus på frågor som: Hur bemöter vi andra personer och hur vill vi själva bli bemötta när vi ska samverka? Hur kan vi interagera för att få till talutrymme för samtliga och ha en kreativ miljö med högt i tak? Detta är frågor som forskare och övriga personer som är involverade behöver

fundera över och samtala om. Det är alltså inte enbart själva arbetsprocessen, utan även den sociala processen, som behöver fokuseras, eftersom dessa båda processer påverkar varandra.

Att reflektera över

- Vad innebär samverkan för dig?
- Vad är av vikt för dig, för att du ska känna att du är inkluderad och blir lyssnad på?
- Hur kan du skapa en öppen dialog med din samverkanspartner om hur ni kan samverka på bästa sätt?

Referenser

- Berge, I. (2024). *Ge de ohörda rösterna upprättelse – framsteg och utmaningar vid involvering av sköra äldre personer i forskning om åldrande och hälsa*. [Doktorsavhandling, Göteborgs universitet].
- Bradbury, H. (2015). Introduction: How to situate and define action research. I H. Bradbury (red.), *The SAGE handbook of action research*, s. 1–9. SAGE Publications.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531.
- Fricker, M. (2018). *Epistemisk orättvisa: Kunskap, makt och etik*. Thales.
- Furenbäck, I. (2012). *Utveckling av samverkan: ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt inom hälso- och sjukvård*. [Doktorsavhandling, Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap].
- Furenbäck, I., Axelsson, H., Ekelund, E., Ericsson, U., Alm, K., Alamoudi, A., Parker, E. & Tillman, T. (2024). Högskoleutbildning med transformativt lärande för utveckling av Sustainability Change Agents. *Högskolepedagogisk debatt*, 1, s. 71-86.
- Holmstrand, L. & Härnsten, G. (2022). Forskningscirklar – ett svenskt bidrag till PAR-familjen. I Bergdahl, E. & Andersson, F. (red.). *Deltagarbaserad aktionsforskning: tillsammans för kunskap, lärande och förändring*, s. 23–47. Lund: Studentlitteratur.
- Kane, M. & Rosas, S. (2018). *Conversations about group concept mapping – Applications, examples and enhancements*. SAGE publications.

- Källström, L., Laustsen, C.E., Westergren, A. & Haak, M. Using design thinking in policy practice to revitalize collaboration and solve wicked problems. *Inskickad för publicering*.
- Källström, L. & Smith, E. (2023). Participation unpacked: participants' perceptions of its meaning and scope. *Baltic Journal of Management*, 19(6), 1–19.
- Källström L. & Smith E. (2024). Samverkan – ett vagt begrepp eller demokratiskt ideal? *Organisation & Samhälle*, 1.
- Laustsen, C. E. (2022). *Involving professionals in research: In the field of ageing*. [Doktorsavhandling, Lund University].
- Laustsen, C. E., Källström, L., Haak, M. & Westergren, A. (2024). Why are models for collaboration so confusing and difficult? Perceptions by health and social care professionals on developing and implementing models for collaboration. *International Journal of Healthcare Management*, 1–11.
- Laustsen, C. E., Petersson, P., Westergren, A. & Haak, M. (2020). Exploring health professionals' experiences of being involved in a research project. *Knowledge Management Research & Practice*, 19(2), 230–238.
- Laustsen, C. E., Petersson, P., Westergren, A. & Haak, M. (2021). Involvement of professionals in research: Knowledge integration, development of practice, and challenges: A group concept mapping study. *Health Research Policy and Systems* 19(1), 115.
- Lood, Q., Hermansen Østby, R., Hultqvist, S. & Dahlin-Ivanoff, S. (2023). Uncovering hidden abilities for participation in research through photo-elicitation interviews: a view on participatory research with people living in residential care facilities. *Research Involvement and Engagement*, 9, 9.
- Malm, C. (2022). *Involving informal carers in health and social care research*. [Linnaeus University dissertations no 453, Linnaeus University]. Kalmar.
- Malm, C., Andersson, S., Kylén, M., Iwarsson, S., Hanson, E. & Schmidt, S. M. (2021). What motivates informal carers to be actively involved in research, and what obstacles to involvement do they perceive? *Research Involvement and Engagement*, 7(80).
- Malm, C., Jönson, H., Andersson, S. & Hanson, E. (2022). A balance between putting on the researcher's hat and being a fellow human being: a researcher perspective on informal carer involvement in health and social care research. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 135–135.

- McCormack, B., Dulmen, S.V., Eide, H., Skovdahl K. & Eide, T. (2017). *Person-centred healthcare research*. Wiley.
- Perez Vico, E. (2018). En översikt av forskningen om samverkansformer och deras effekter. I Berg, M., Willim, R. & Fors, V. (red.). *Samverkansformer. Nya vägar för humaniora och samhällsvetenskap*, s. 29–50. Lund: Studentlitteratur.
- Swantz, M.-L. (2015). Participatory action research: Its origins and future in women's ways. In H. Bradbury (red.). *The SAGE handbook of action research* (s. 489–496). SAGE publications.

Om författarna

Christine Etzerodt Laustsen (kapitelredaktör) är leg. arbetsterapeut och universitetslektor i hälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes avhandlingsarbete var del i det nationella forskningsprogrammet *UserAge – Att förstå brukarmedverkan i forskning om åldrande och hälsa* med målet att öka kunskapen om, och förbättra kvaliteten i, forskning om och med involvering av olika grupper såsom äldre, anhöriga och personal. Christines forskning har främst fokus på samverkan i forskning med vård- och omsorgspersonal och samverkan mellan olika professioner ur ett personcentrerat perspektiv.

Ingela Furenbäck är socionom och universitetslektor i personal- och arbetslivsvetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes forskning har fokus på samverkan som hon har studerat inom såväl hälso- och sjukvård som inom akademien. Hon har tidigare arbetat vid Linnéuniversitetet och har haft ett regeringsuppdrag inom Nationellt kompetenscentrum Anhöriga (NKA) om barn som anhöriga. Hon är vetenskapligt råd för familjeorienterat arbetssätt vid Socialstyrelsen.

Lisa Källström är docent i företagsekonomi och biträdande professor vid Högskolan Kristianstad. Hon har mångårig erfarenhet av forskning i samverkan och är verksamhetsledare för Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (FPHiS) som har fokus på forskningens relevans, samverkan och nyttiggörande. Hennes forskning handlar bland annat om samskapande av värde och hur olika intressenter kan mötas och samverka i olika sammanhang och kontexter och använder sig gärna av designmetoder såsom Design Thinking för att möjliggöra samverkan.

Camilla Malm är socionom och universitetslektor i folkhälsovetenskap vid Högskolan Kristianstad. Hennes avhandlingsarbete var del i det nationella forskningsprogrammet *UserAge – Att förstå brukarmedverkan i forskning om åldrande och hälsa* med målet att öka kunskapen om, och förbättra kvaliteten i, forskning om och med involvering av olika grupper såsom äldre, anhöriga och personal. Hon har tidigare arbetat som universitetslektor i socialt arbete vid Linnéuniversitetet och hennes forskning omfattar anhöriga som omsorgsgivare, äldre personer och digitalisering.

Kapitelbilder

Kapitel 4	Från SOU 2018:39
Kapitel 6	Unsplash Stock Photo
Kapitel 8	Evondos.com
Kapitel 9	Freepik.com
Kapitel 10	Fotograf: Ulrika Olsson Möller
Kapitel 12	HKR bildbank
Kapitel 14	Högskolan Kristianstad Fotograf: Clara Björs HKR bildbank
Kapitel 18	AI-generad bild



DENNA HANDBOK är skriven för att ge praktiska exempel på hur personcentrering kan omsättas i praktiken och för att möta behovet av litteratur som knyter ihop verksamhet, utbildning och forskning. Sammanlagt 74 författare som

representerar lärare, forskare, studenter och alumner vid svenska lärosäten, politiker, beslutsfattare, personal från vårdverksamheter och civilsamhället, har bidragit med sina perspektiv och erfarenheter.

Boken vänder sig till alla som är intresserade av personcentrering. Olika kapitel riktar sig till olika målgrupper, men kan läsas av alla. Varje kapitel kan också läsas fristående. Boken inleds med ett kapitel om personcentrering med teorier, modeller och ramverk, följt av fyra olika delar:

- Del I Ett personcentrerat samhälle
- Del II Personcentrering i praktiken
- Del III Personcentrerad utbildning
- Del IV Personcentrering i forskning

Bokens redaktörer är från vänster Anna-Karin Edberg, Sofia Nilsson, Malin Sundström, Pernilla Garmy och Andriette Näslund