

Utskrivning eller hemgång?

Att samverka personcentrerat genom
tjänstedesign

Katarina Wetter-Edman & Lisa Malmberg

Tack!

Varmt tack till alla deltagare, deltagande verksamheter och de patienter, brukare och anhöriga som varit involverade i arbetet på olika sätt. Tack till Vanessa Rodrigues doktorand vid Linköpings universitet och Josina Vink, Landstinget Värmland och doktorand vid Karlstad universitet som bidragit med sin kompetens och energi i diskussioner och konkret metodutveckling. Ytterligare tack till våra kollegor vid FoU i Sörmland för granskande läsning och stöd med statistiska analys.

Om FoU-rapporten

En FoU-rapport beskriver ett tidsbegränsat projekt. Det finns teoriansknytning och projektet är praktisknära. FoU-rapporten kvalitetsgranskas av en disputerad person (som inte är författaren). FoU-rapporten har alltid minst en disputerad författare.

Författare

Katarina Wetter-Edman & Lisa Malmberg

Datum och ort

Eskilstuna 25 sep 2018

Sammanfattning

Den här FoU- rapporten redovisar resultaten från ett följe- och interventionsforskningsprojekt som genomfördes under 2017, Trygg och Effektiv utskrivning ur ett patient- och närstående perspektiv. Projektet engagerade medarbetare från Sörmlands kommuner och landsting i ett arbete kring riktlinjer för Trygg hemgång och effektiv samverkan vid utskrivning från slutenvård.

Samverkan mellan olika aktörer inom landsting och kommun är avgörande för att patienten både ska uppleva och få en trygg hemgång efter vårdtid på sjukhuset. Just detta är intentionen med Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, och även för de lokala riktlinjer för Trygg hemgång och effektiv samverkan som omsätter lagen till praktik.

Följe- och interventionsforskningsprojektet syftade till att undersöka och följa införandet av de nya riktlinjerna under 2017. Samt att genom ett projektarbete baserat på tjänstedesignmetodik arbeta aktivt med riktlinjerna och införandet av dessa utifrån ett patient- och närstående perspektiv.

Projektet bestod av 55 deltagare, fördelade på 8 team, från drygt 20 olika verksamheter inom Sörmlands kommuner och landsting under projektiden april-nov 2017. Teamen arbetade med att anpassa och/eller hitta nya lösningar på rutiner och flöden i utskrivningsprocessen, som svarade mot de nya riktlinjerna. I projektet användes förhållningssätt och metoder från tjänstedesign för att med patienten i centrum utveckla och uppdatera rutiner, aktiviteter och processer.

Tjänstedesign är både ett förhållningssätt och arbetssätt som utgår från brukarens behov och upplevelser, undersöker flera möjliga lösningar samt testar lösningarna iterativt med berörda aktörer.

Utgångspunkten för detta projekt var att genom tjänstedesign utveckla personcentrerat förhållnings- och arbetssätt, samt att detta skulle avspeglas i riktlinjedokumentet. Projektet har bland annat bidragit till att riktlinjerna har bytt namn till Trygg hemgång och effektiv samverkan, från Trygg och effektiv utskrivning. Den direkta påverkan på riktlinjerna i övrigt är svår att bedöma.

De olika teamen kom fram till lösningsförslag som i de allra flesta har fall lett till förändringar i arbetssätt och samverkan. Det analysen visar är att lösningarna syftar till att öka både trygghet hos den enskilde och effektivisera arbetsprocesserna utifrån att öka delaktigheten för patient/brukare/närstående. Vidare visar analysen av teamens arbete att ett gemensamt fokus på dem verksamheterna är till för underlättar samverkan.

Sammanfattningsvis kan sägas att de riktlinjer som projektet har arbetat med inte kan ses som personcentrerade. Ett personcentrerat arbetssätt finns med i värdegrunden, men genomsyrar inte de efterföljande instruktionerna och processflödena i riktlinjerna. Dock har verksamheterna med stöd av tjänstedesign skapat arbetssätt som svarar mot riktlinjerna och är personcentrerade genom att de utgår från patientens perspektiv och gör denne delaktig i processen kring utskrivningen. Dessutom har ett arbetssätt stöttat deltagarna genom att skapa samverkan.

Abstract

This report presents the results of an intervention research project and follow-up carried out in 2017. The project teams, consisting of employees from Sörmland's municipalities and county council, endeavoured to interpret how the guidelines for safe and efficient discharge processes might be put into practice. Collaboration between different actors in the county council and municipalities is crucial to ensure a positive patient experience and a safe return after hospitalization. The Law (2017: 612) on co-operation in the discharge process, as well as local guidelines for safe retirement and effective collaboration that support the application of the law, seek to achieve exactly these outcomes.

Following the introduction of the new guidelines in 2017, the research project aimed to investigate and work actively with the guidelines and their subsequent implementation. During 8 months from April to November 2017, the project included 55 participants, in 8 teams, from more than 20 different organizations within Sörmland's municipalities and county council. The teams worked on adapting and/or finding new solutions to routines and flows in the discharge process that corresponded to the new guidelines.

The project work was grounded in service design methodology and incorporated a patient as well as next-of-kin perspective. Service design is both an approach and methodology with the user's needs and experiences as its cornerstone. Utilizing service design enables the examination of several possible solutions, and the iterative testing of the solutions with relevant actors. The teams used approaches and methods from service design to develop and update routines, activities and processes, while upholding the patient as central to their work.

The goal of this project was to develop person-centred approaches and routines through service design, and that these should be reflected in the guideline document. In most cases, the teams came up with solutions that led to increased collaboration and changes in work routines. The analysis shows that the solutions aim at enhancing both the safety of the individual and streamlining the work processes, through increased patient /user/ next-of-kin involvement. Furthermore, the analysis of the teams' work shows that through a joint focus on the end user, cooperation between units is facilitated. Among other things, the project has contributed to the re-naming of the guidelines from 'Safe and Effective discharge process' to 'Secure return to home and Effective Collaboration'. However, the direct impact on the guidelines in general is otherwise difficult to assess and quantify.

In summary, the guidelines that the project has worked with cannot be seen as person-centred in their application. A person-centred approach is included in the values stated in the guidelines but is not integrated with the ensuing instructions and process flows. However, by using service design, the organizations have created routines that conform to the guidelines *and* are person-centred. They are based on the patient's perspective and promote their involvement in the discharge process. In addition, the work has supported the participants by creating collaboration between organizations.

Förord

Detta forskningsprojekt har letts av Katarina Wetter Edman som under perioden 2017–2018 verkat som Flexit-forskare och forskningsledare på FoU i Sörmland (FoUiS) med projektet – *Förstärkt personcentrering genom erfarenhetsbaserad kommunikation*. Katarina Wetter-Edman är också huvudförfattare till denna rapport. Riksbankens Jubileumsfonds (RJ) Flexit-program innebär att en forskare anställs av en organisation på 25% och finansieras av RJ för forskning 75% i två år, det tredje året anställs forskaren på ett universitet, i detta fall Örebro universitet med lika fördelning av anslag.

Det övergripande syftet med Flexit-projektet var att bidra med utökad kunskap utifrån teori och praktik kring hur individers handlingar(praktiker) förändras och sprids inom och mellan vård och omsorgsorganisationer med riktning mot en ökad grad av personcentrering. Flexit-projektet syftade till att använda tjänstedesign som medel för detta, samt undersöka vidare hur och om detta bidrar till en institutionell förändring. Studien i sin helhet innehöll uppföljning av tidigare genomfört arbete, litteraturstudier samt interventioner i verksamheterna.

När jag kom till FoUiS tidigt i januari 2017 för att påbörja Flexit-studien, fick jag redan efter ett par dagar frågan om spridning och implementering av de lokala riktlinjerna för *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* skulle kunna vara ett intressant område för huvuddelen av min studie. Eftersom riktlinjerna berörde gränser mellan verksamheter och huvudmän vilket passade in i Flexit-studiens huvudsyfte tackade jag ja till att utforma en forskningsplan. Det fanns vidare ett önskemål att undersöka hur personcentrerade riktlinjerna var och en nyfikenhet att utforska detta genom tjänstedesign. Medel äskades från Länsstyrgruppen för nära vård för att anställa ytterligare en forskare på 50%, Lisa Malmberg, viss förstärkning med senior forskarkompetens och för att utöka med coacher för det praktiska genomförandet. Min tid i forskningsprojektet har i sin helhet finansierats av RJ. Detta presenterades för Länsstyrgruppen för nära vård i Sörmland och projektet beviljades 1 februari 2017.

Förutom denna rapport kommer insamlat material analyseras och bearbetas vidare, tillsammans med material från andra delstudier och leda till fler publikationer under Flexit-projektets löptid.

Det har varit utmanande och roligt att arbeta tillsammans med de kompetenta medarbetare som finns inom Sörmlands kommuner och landsting och jag bär med mig många nya erfarenheter och kunskaper från dessa möten.

Katarina Wetter Edman

2018-09-16

Innehållsförteckning

Innehåll

Sammanfattning	ii
Abstract	iii
Förord	iv
Innehållsförteckning	vi
Inledning	1
Bakgrund	1
Förväntade resultat	3
Problemformulering och syfte	3
Teoretiska och praktiska utgångspunkter	4
Värdeskapande i samverkan	4
Tjänstedesign som grund för förändringsarbete utifrån användaren	5
Personcentrering inom vården	6
Personcentrering genom tjänstedesign	7
Metod	9
Följe- och interventionsforskning	9
Genomförande och projektresultat	11
Designprocessen i Trygg och effektiv/Förändra radikalt	11
Rekrytering av team och deltagare	12
Uppstart och genomförande	13
Projektresultat och fortsatt implementering	17
Resultat och diskussion	19
Återkoppling till förväntade resultat	19
Personcentrering i riktlinjerna	20
Lösningförslagen och riktlinjerna	22
Summerande reflektioner	27
Referenser	29
Bilagor	33
Bilaga 1 – Projektrapport 20180202	33
Bilaga 2 – Enkät	33
Bilaga 3 - Intervjuguider	33

Inledning

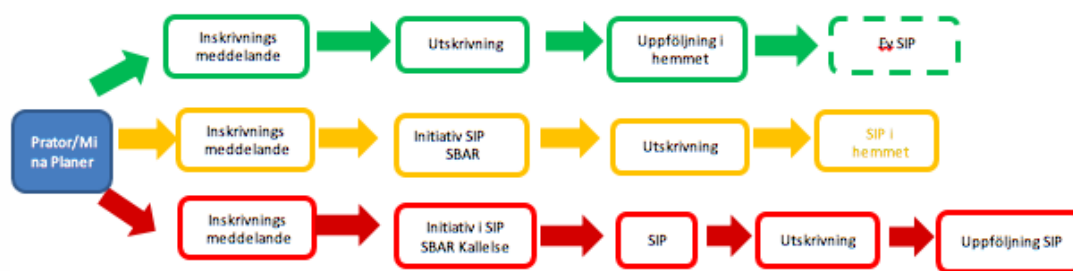
Patienter som ligger kvar inom slutenvården även efter att de bedömts utskrivningsklara samt patienter som återinskrivs är både ett patientsäkerhetsproblem och ett resursproblem. Det finansiella ansvaret för patienter med behov av fortsatt vård eller omsorg från den kommunalt finansierade vården, socialtjänsten, har tidigare reglerats i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404). Efter Göran Stiernstedts utredning (SOU 2015:20) av denna lag, med syfte att komma åt problematiken med kvarliggande patienter men också återinskrivningar, antogs en ny lag (SFS 2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Den trädde i kraft i januari 2018 och ersatte då den tidigare betalningsansvarslagen.

I den nya lagen läggs fokus på de olika aktörerna och huvudmännens samverkan kring utskrivningsprocessen från slutenvård för patienter med behov av vidare vård och omsorg från den kommunalt finansierad vården, socialtjänst eller den landstingsfinansierade öppenvården. I första hand uppmanas huvudmännen att anta lokala överenskommelser kring process och ansvar utifrån de riktlinjer som specificeras i lagtexten samt att därefter gemensamt utarbeta riktlinjer som stöttar genomförandet av utskrivningsprocesserna.

I Sörmlands län togs en överenskommelse för Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården fram i samarbete mellan landstinget och länets nio kommuner under hösten 2016. Sekretariatet som arbetat med överenskommelsen fick fortsatt uppdrag att arbeta med införandet och koordinering av de insatser som skulle göras. På uppdrag av sekretariatet för Trygg och effektiv hembesök togs riktlinjer fram av den så kallade Riktlinjegruppen, första versionen beslutades av Länsstyrelsen för nära vård 2016-12-15 och var därefter klar för spridning. Införandet av de nya riktlinjerna initierades därefter under 2017, parallellt med de befintliga reglerna. Intentionen med det parallella införandet var att skapa möjlighet att testa och anpassa de nya riktlinjerna utifrån verksamheter och patienters behov innan lagen trädde i kraft 1 januari 2018. Sörmland var genom detta en av få regioner och landsting som arbetade proaktivt med detta redan under 2017. En baslinjemätning av spridning och tillämpning av riktlinjerna genomfördes v 5-6 2017 (Forsell & Eriksson 2017), en jämförelse med denna gjordes i en uppföljningsstudie v 5-8 2018 (Vingare, Forsell & Eriksson 2018).

Bakgrund

Riktlinjer är per definition ett internt dokument för att stötta medarbetare. I det här fallet innebär de att omsätta gällande lagstiftning till praktik. Sörmlands kommuner och landstings riktlinjer för Trygg och effektiv utskrivning version 1 är ett dokument på 24 sidor som inledningsvis beskriver den gemensamma värdegrunden och därefter olika processflöden för att kategorisera patienter i röd, gul respektive grön process. De olika processerna anger det stöd som patienten bedöms behöva efter utskrivning från slutenvård till öppenvård och kommunernas verksamheter. Den processfärg som patienten tilldelas är därmed grunden för vilken information som behöver överföras mellan olika aktörer, av vem och inom vilken tidsram, se figur 1.



Figur 1. Övergripande processbild för de tre processerna från Riktlinjer för Trygg och effektiv utskrivning version 1.

Dokumentet introducerar syftet med riktlinjerna och presenterar därefter värdegrunden för arbetet, för att därefter beskriva de olika processerna i detalj. Den gemensamma värdegrunden som beskrivs på sidan 4 i riktlinjedokumentet nämner patient/anhörig tydligt som fokus för verksamheternas insatser. Efterföljande processbeskrivningar fokuserar på mellanorganisatorisk informationsöverföring presenterad genom en matris med respektive verksamhetsansvar tydligt angett, patient/anhörig saknas i dessa flöden. Riktlinjer kan utformas på olika sätt, i ViSam modellen från Region Örebro¹ inkluderas patient/brukare som en aktiv aktör i detaljerade processflöden, medan exempelvis riktlinjerna från Region Gävleborg² är relativt kortfattade 10–12 sidor där rutiner för informationsöverföring presenteras i löptext.

Som en del i införandet av riktlinjerna i Sörmland har flera olika satsningar gjorts varav projektet *Trygg och effektiv utskrivning från ett patient- och närståendeperspektiv (ToE)*³ var en. Projektet var ett följe- och interventionsforskningsprojekt där uppdraget från Länsstyrgruppen för närvård i Sörmland (Länsstyrgruppen) till Forskning och Utveckling i Sörmland (FoUiS) innebar att:

- undersöka och följa införandet av de nya riktlinjerna under 2017
- genom ett projektarbete baserat på tjänstedesignmetodik arbeta aktivt med riktlinjerna och införandet av dessa utifrån ett patient- och närstående perspektiv

För genomförande av forskning kopplat till projektet knöts förutom Katarina Wetter Edman som varit huvudansvarig forskningsledare, även forskningsledare Lisa Malmberg på 50%, samt professor Stefan Holmlid, Linköpings universitet. Projektet har kontinuerligt rapporterat till riktlinjegruppen för Trygg och effektiv utskrivning. Katarina Wetter Edman har också deltagit i sekretariatets arbete.

De direkta projektresultaten rapporterades till Länsstyrgruppen 2018-02-12. Rapporten bifogas i bilaga 1, samt till Länsgemensamma Nämnden för Samverkan kring Socialtjänst och Vård (NSV), 2018-03-09.

¹ <https://www.visamregionorebro.se/wp-content/uploads/2018/05/Processbeskrivning-för-säkerutskrivning-enligt-blått-grönt-gult-och-röttspår-uppdaterat-3-maj-2018.pdf>

² <http://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-och-tandvard/kommun--och-region-samverkan/lifecare-spu-sip/>

³ Projektet har i kommunikation kallats Trygg och Effektiv/Förändra radikalt för att särskilja från andra aktiviteter kopplat till införandet av nya riktlinjer, samt och koppla till tjänstedesignprocessen Förändra radikalt. I rapporten använder vi ToE som förkortning.

Förväntade resultat

Forskningsprojektet initierades utifrån informationen att riktlinjerna var spridda och att arbetet med dessa var påbörjat i verksamheterna. Utifrån detta sattes ett antal förväntade resultat av forskningen och det praktiska projektet: förankring och förslag på anpassning av riktlinjerna utifrån ett personcentreringsperspektiv, identifikation av potentiella utmaningar vid införandet av riktlinjerna, en ökad metodkunskap, goda exempel på omsättning av riktlinjerna i praktik samt forskningspublikationer. Dessa diskuteras vidare i inledningen av resultatkapitlet.

Problemformulering och syfte

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (Lag 2017:612), som riktlinjerna syftar till att omsätta i praktik, innebär nya arbetssätt och informationsvägar. Under 2017 gällde dåvarande riktlinjer för utskrivning från slutenvård kopplade till betalningsansvarslagen (Lag 1990:1404), de nyframtagna riktlinjerna skulle införas parallellt och testas innan lagen vann laga kraft. De nya riktlinjerna innebär att nya samarbetsformer skulle etableras och vikten av teamarbete över enhetsgränser betonas/öka. Exempelvis får vårdcentralerna, som tidigare inte varit direkt involverade i utskrivningsprocesserna, en koordinerande roll.

Som nämnts lyfter Sörmlands riktlinjer fram en personcentrerad värdegrund där patienten, och dennes anhöriga, skall vara delaktiga i utskrivningsprocessen. Men dessa aktörer är ej synliga i resten av dokumentet.

Det finns med största sannolikhet olika utmaningar vid olika enheter och organisatoriska gränssnitt. Kommunikationsvägar, tillit mellan professioner, mellan verksamheter med olika huvudmannaskap och även mellan profession och patienter/brukare samt hur arbetet skall organiseras i team med nya nyckelaktörer är några.

Syfte

Utifrån det parallella införandet av de nya riktlinjerna jämte de rådande gavs möjligheten att i några enheter vara mer experimentell med införandet för att möjliggöra utvecklandet av helt nya arbetssätt. Samt att undersöka en del av de utmaningar som riktlinjerna inte specificerade hanteringen av.

Projektet avsåg att med metoder från tjänstedesign pröva lösningar (prototypa) för att adressera utmaningar som uppstår vid införandet av de nya riktlinjerna. Detta genom att undersöka och föreslå nya arbetssätt, verktyg och förhållningssätt som bäst underlättar för organisationerna att ta till sig de nya riktlinjerna på ett patientcentrerat arbetssätt. Samt att undersöka vilka förändringar som behöver göras av riktlinjerna och/eller i de deltagande verksamheterna för att uppnå en effektiv och trygg utskrivning från ett patient/närståendeperspektiv. Vidare skulle arbetet genomföras inom ramen för ordinarie verksamhet, det innebär att inga extra resurser tilldelades de deltagande verksamheterna.

Frågeställningar

Inom ramen för projektet ryms följande frågeställningar som har bäring på projektarbetets karaktär och riktlinjerna som sådana.

- I vilken mån är riktlinjerna för trygg och effektiv utskrivningsprocess personcentrerade?
- Hur relaterar teamens lösningsförslag till riktlinjerna och i vilken mån stödjer införandet av lösningsförslagen riktlinjerna?

Resultatet kommer att vara av kvalitativ karaktär där upplevelser utifrån deltagandeobservationer och intervjuer. Det är av stor vikt att detta mer experimentella utvecklingsarbete sedan kopplas till de basmätningar som utförs av sekretariatet.

Denna forskningsrapport har som syfte att reflektera kring införandet av riktlinjerna, deras grad av personcentrering samt vidare analysera och diskutera projektarbetets resultat i relation till riktlinjerna och ett personcentrerat förhållningssätt.

Teoretiska och praktiska utgångspunkter

Värdeskapande i samverkan

Inom offentlig sektor talas det alltmer om problemen med den hårda detaljstyrningen, vilket får till följd att medarbetare ägnar mer tid till att göra rätt än att göra rätt saker (Fransson & Quist 2014; Osborne m.fl., 2013). Det kallas ofta för en produktlogik, där en linjär tankemodell innebär att värdet ackumuleras allteftersom vi investerar arbete, resurser och kompetens i respektive tjänst eller produkt. Ett alternativt synsätt framhåller att värde skapas tillsammans och i en specifik situation av de aktörer, produkter och system som är involverade där och då. (Norman & Ramirez 1993; Vargo & Lusch 2004; Grönroos 2011). Synsättet tydliggörs inom teoribildningen tjänstelogik, och innebär att värde bedöms av de som är med och samskapar det, inte enbart av den aktör som ses som leverantör.

Betalningsansvarslagen kan ses som ett exempel på en styrning där ansvar delas i mindre delar och det finns en risk att var och en håller hårt på sitt, samtidigt som det finns stora risker att den individ som verksamheterna är till för ramlar mellan stolarna. Tankemodellen som ligger bakom denna typ av styrning benämns New Public Management (NPM) och är baserad i traditionell produktionslogik, som också i stort styr hur man hanterar förbättrings- och innovationsarbete (Hartley 2005). Internationellt pågår en förflyttning från NPM till en modell där samskapande och samproducerande är i fokus: New Public Governance (NPG) (Osborne 2010). Den nya lagen om samverkan vid utskrivning kan i sin tur ses som ett exempel på en påbörjad förflyttning mot högre grad av samverkan mellan involverade aktörer, där patienten/brukaren är i centrum. Förflyttningen har beskrivits som ett paradigmskifte och ställer krav på hur organisationerna koordinerar resursernas utformning, samlar sina resurser på en plats och koordinerar aktörernas inbördes interaktion. Det förutsätter också att arbetet genomsyras av ett medborgarperspektiv (Fransson & Quist 2014; Mulgan 2014b; Vårdanalys 2016)

När ett tjänstelogiskt synsätt används så läggs störst vikt på det värde som samskapas mellan olika aktörer i specifika situationer, det kallas värde-i-bruk (value-in-use) och kontextuellt värde (value-in context) (Vargo mfl., 2008). Istället för att se värde som produceras enbart av en enskild aktör, för leverans till en annan, exempelvis att ett korttidsboende levererar omsorg och vård till en brukare, så samskapas värdet tillsammans med brukaren och dess kringliggande resurser. Värde samskapas (value co-creation) genom integration av resurser såsom aktörer och deras kunskaper och förmågor i system som är involverade i den specifika situationen (Vargo & Lusch 2004). Det innebär att ett företag eller organisation inte kan leverera värde utan de kan (bara) ge förutsättningar för ett gemensamt värdeskapande. Aktörernas upplevelser, erfarenheter, tekniska lösningar, kunskap och förmågor, och hur de möts; deras interaktioner, blir då avgörande för hur värdet skapas och upplevs.

Tjänstedesign som grund för förändringsarbete utifrån användaren

Sen millennieskiftet har det varit ett relativt stort fokus på design som metod och förhållningsätt för innovation och ungefär samtidigt utkristalliserades tjänstedesign som ett specifikt område (Segelström 2011; Wetter-Edman 2011; Brown 2009). Design som profession har sin bas i utvecklandet av symboler och produkter, sedan 90-talet med ett allt större fokus på interaktioner, processer och även system (Buchanan 1992). Design som kompetensområde har i stort historiskt handlat om hur produkter och texter kommunicerar med sina respektive användare. Det innebär att förklara och begreppslicgöra hur individer förstår, reagerar på och hanterar form, färg, material och relationerna dem emellan. Det här är väldigt närvarande i design i de nordiska länderna, från Ellen Key, över manifestet Vackrare Vardagsvara, till 50-talets Tingens bruk och prägel. Detta har lett vidare till hur de kunskaperna därefter kan kopplas till utveckling av nya produkter och tjänster. Flertalet designområden utgår från att de aktörer som finns i användningssituationen har unik och specifik kunskap om just denna, exempelvis har områden som *deltagande design* (Key (1899; Ehn, 1988; Björgvinsson m.fl., 2011), *co-design* (Steen 2013; Sanders & Stappers 2008) och *user/human centered design* (Norman 1998; Krippendorff 2006) vuxit fram med varierande förhållningsätt till involvering av användaren (Wetter-Edman 2012).

Tjänstedesign används allt oftare för att bygga intern förbättrings- och innovationsförmåga, framförallt inom offentlig sektor (Bason 2010; Mulgan 2014a, Malmberg 2017). Aspekter som lyfts fram är de tvärdisciplinära teamen, användarinvolveringen, visuell kompetens samt iterativa och prövande processer. Utvecklingsprocessen bottenar i samskapande för att driva förändring på olika nivåer, bland annat genom skapande av gemensamma mål och samsyn på vart projektet är på väg, vilket underlättar kommunikation i och kring projekten (Sangiorgi 2015; Mulgan 2014) b. Framförallt används metoder från *co-design* och *deltagande design* för att involvera berörda aktörer i den aktuella utvecklingen samt att genom prototypande testa föreslagna lösningar.

Den första större satsningen, utanför forskningen, på att använda tjänstedesign inom svensk offentlig sektor genomfördes 2014–2015 under namnet Förändra radikalt, då SKL i samarbete med designbyrån Doberman initierade och drev projekt tillsammans med 9 kommuner (Lindström mfl 2015). Syftet med det och efterföljande projekt var att utveckla nya lösningar samt att bygga designförmåga inom offentlig sektor för att stärka innovations- och förändringsarbete. Även internationellt har det under de senaste 10 åren genomförts ett stort antal satsningar med liknande intentioner (Swiatek 2016; Kimbell & Macdonald 2015; McNabola m.fl., 2013; Sangiorgi 2015; Carr m.fl., 2011).

Kritik har även formulerats mot en förenklad processmodell där utrymme för iteration och reflektion i praktiken saknas tillsammans med brist på professionell designkunskap för att ge djup till analyser, idégenerering och prototypande (Wetter-Edman & Malmberg 2016; Bailey 2016). Vidare påpekas svårigheterna i att hantera de dubbla målen med både lärande och innovativ lösning i samma projekt (Wetter-Edman & Malmberg 2016), samt att deltagande i designarbete i sig kan innebära grund för individuell förändring där estisk kunskap och ifrågasättande av antaganden spelar en stor roll (Markussen 2013; Wetter-Edman m. fl. 2018; Vink m.fl., 2017). Även när designarbetet har som syfte att påverka policy och regelverk så finns där endast en svag koppling till policyutveckling (Mulgan 2014b; Bailely 2016; Wetter-Edman & Malmberg, 2016; Holmlid & Malmberg, 2018; Legeby et al 2018).

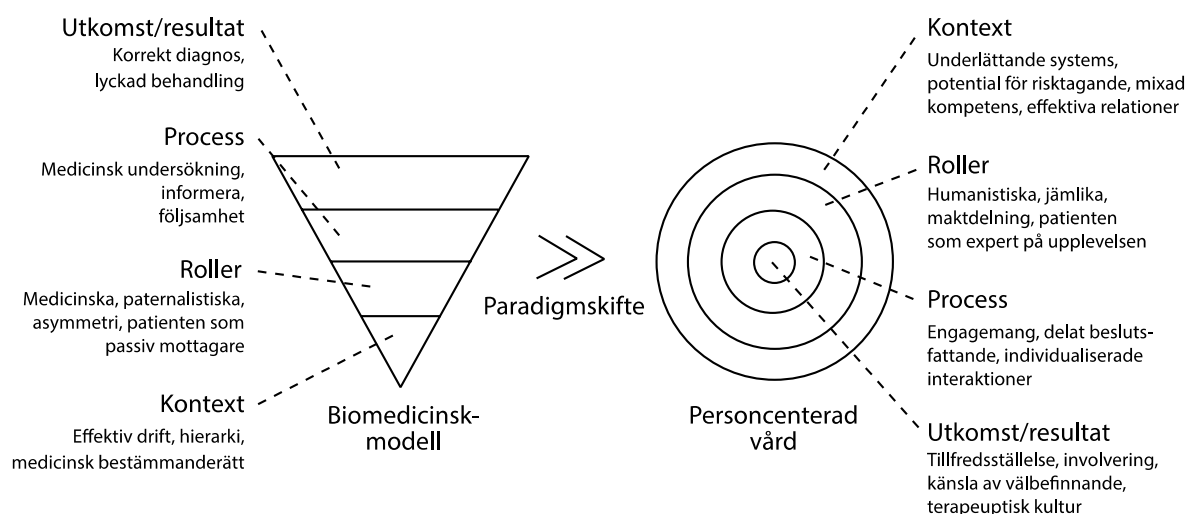
Personcentrering inom vården

Personcentrerad vård (PCV) började introduceras inom den medicinska forskningen under senare delen av 1960-talet, då även vårdens beroende av förståelse för patienten och dennes unika situation började erkännas (Balint, 1969). I samband med detta började allmänläkare ta in patientens perspektiv när de ställde diagnos (Holmström & Röing, 2010).

Det saknas än så länge en generellt accepterad definition av PCV (Holmström & Röing, 2010; Slater, 2006; Leplege et al., 2007; Scholl et al., 2014; Hafskjold et al., 2015; Kitson et al., 2013) men flera forskare har utvecklat och utforskat olika dimensioner av PCV, framför allt inom medicinsk forskning och vårdvetenskap.

Inom vårdvetenskap har fokus framförallt legat på systemiska och kontextuella aspekter så som förutsättningar, värde, organisation och omgivning (Kitson et al., 2013; McCormack & McCance, 2006). I den medicinska forskningen har fokus framförallt legat på mötet mellan läkare och patient (Kitson et al., 2013; Mead & Bower, 2000).

En genomgång av de aspekter som lyfts inom både vårdvetenskapen och den medicinska forskningen pekar på att paradigmskiftet från den konventionella biomedicinska modellen (Mead & Bower, 2000) av vård till PCV innebär transformation inom framför allt fyra dimensioner: kontexten, roller, process och utkomst/resultat (Malmberg m.fl., 2019). Nedanstående ramverk utvecklas i Malmberg med kollegor (2019), och sammanfattas i översatt form.



Figur 2. Modell över paradigmskiftet från den biomedicinska modellen av vård till personcentrerad vård med fokus på fyra dimensioner i transformationen: kontext, roll, process och utkomst/resultat (Malmberg m.fl., 2019). Modellen är inspirerad utifrån ramverk av Mead och Bower (2000) samt McCormack och McCance (2006).

Kontext

Hur olika personer reagerar på och hanterar samma diagnos kan variera mycket beroende på deras olika förutsättningar. Att lyfta fram en persons individuella upplevelser av en diagnos bidrar till vårdpersonalens förståelse för hur olika personer påverkas, därigenom kontextualiseras de individuella upplevelsorna. En annan aspekt av dimensionen kontext innefattar förutsättningarna i vårdmiljön, till exempel sammansättningen av kompetens i verksamheten, relationerna

mellan personalen och olika roller i personalen, möjliggörande organisatoriska system och kulturen gällande risktagande och potential för innovation i verksamheten.

Roller

Genom att erkänna och värdesätta patientens kunskap och erfarenhet av sin diagnos och sitt mående jämte professionens expertis skapas nya förhållanden för de olika rollerna. När makt och ansvar delas mellan patient och medicinsk personal minskar det hierarkiska förhållningssättet som finns i den konventionella vården. Patientens roll som passiv mottagare omvandlas i transformationen till PCV och patienten blir istället en aktiv deltagare och potentiell kritiker.

Process

I den konventionella vården ses att ställa diagnos och besluta om behandling som enbart den medicinska personalens ansvar och fokus ligger på att finna lösningar som patienten följer. I personcentrerad vård jobbar personalen tillsammans med patienten för att utifrån deras förståelse av vad som är viktigt för patienten hjälpa denne att förstå vad som händer i relation till hans diagnos och behandling. Genom att presentera information på ett för patienten förståeligt sätt kan personalen göra patienten delaktig i beslutsfattandet och anpassa vården efter dennes behov.

Utkomst/resultat

I konventionell vård läggs fokus på att bota symptom och vårda individen för att bota en sjukdom. Ett lyckat resultat bygger på en korrekt ställd diagnos och en framgångsrik medicinsk behandling. Inom PCV är målet istället att stötta patientens känsla av välbefinnande vilket innebär ett bredare resultat utöver tillfrisknande från en specifik diagnos.

Personcentrering genom tjänstedesign

Antagandet att tjänstedesign som arbetssätt kan stötta och driva utvecklingen mot en mer personcentrerad vård utgår ifrån att personcentrerad vård och tjänstedesign delar centrala principer i sina respektive förhållningssätt. Tjänstedesign som arbetssätt utgår från dessa. I en jämförelse av centrala aspekter i de respektive förhållningssätten identifierar Malmberg med kollegor (2019) fem teman där förhållningssätten bygger på samma principer: 1) Patienten (i.e. användaren) ses som expert på sitt liv och sina upplevelser, 2) detta förutsätter en helhetssyn på händelser och flöden eftersom patientens/användarens liv utgör mer än hans interaktion med hälso- och sjukvården/en tjänst. 3) Att jobba med tjänstedesign eller PCV innebär i båda fallen en förskjutning av makt och ansvar mellan involverade aktörer jämfört med traditionellt förbättringsarbete respektive konventionell medicinsk praktik eftersom 4) värdet samskapas av de involverade aktörerna. 5) Slutligen så delar PCV och tjänstedesign förhållningssättet att initialt fokusera på behov och förståelse av problemet i sin helhet snarare än att fokusera på att snabbt finna lösningar.

Användaren som expert på sina upplevelser förutsätter en helhetssyn

Användarperspektivet som utgångspunkt för utveckling är centralt inom tjänstedesign och precis som i PCV uppfattas individer som experter på sina liv och upplevelser. Detta innebär inom tjänstedesign att, att ta in, lyssna på och förstå användarens behov, önskemål och motivation jämte annan relevant kunskap är en viktig del i designprocessen för att ta fram en värdeskapande lösning (Blomkvist m.fl., 2010; Meroni & Sangiorgi, 2011). Att skapa förståelse för helheten är en viktig del i tjänstedesignprocessen och att enbart fokusera på enstaka tjänstesituationer är inte tillräckligt för att fullt förstå användaren och förutsättningarna i kontexten (Sangiorgi, 2011). För att förstå helheten tittar designteamet inte bara på enskilda situationer

utan hela användarens resa, vad som ledde fram till användningen av en tjänst och vad som händer därefter.

Transformationen mot PCV kan i relation till vikten av helhetssyn och patienten som expert stötts av tjänstedesign som katalysator i institutionella och strukturella förändringar, exempelvis genom metoder som service walkthroughs⁴ eller coachning i att ta in användarperspektivet (Malmberg m.fl., 2019).

Förflyttning av ansvar och roller

Den samskapande grunden i PCV innebär en omfördelning av ansvar och nya roller för både vårdpersonal och patienten. Patienten kan inte längre ses som en klient som konsumerar vård utan måste uppfattas som en jämlik partner (Ekman m.fl. 2014). Liknande förflyttning av makt kan ses i den samskapande designprocessen. När designern bjuder in aktörer att delta i workshops och med kreativa metoder delta i designprocessen skiftar såväl designerns roll som maktstrukturen mellan de olika aktörerna (Sanders & Stappers, 2008). I den samskapande processen är designern inte längre en expert som ska leverera en lösning utan en facilitator som guidar aktörerna genom designprocessen och säkerställer att de olika perspektiven blir hörda (Yu & Sangiorgi, 2018).

Tjänstedesignens kollaborativa ansats stärker en delad förståelse av värdeskapandet mellan involverade aktörer (till exempel roller). I metoder som rollspel, samskapande kreativa workshops och aktörskartor synliggörs och behandlas roller, genom dessa kan tjänstedesign bidra till att driva transformationen mot PCV kring dimensionen roller. Forskning har visat på att arbete med tjänstedesignprocesser och metoder under handledning av coach har ändrat deltagande aktörers attityd och bidragit till att skapa bättre förståelse för patientens roll som expert (Rodrigues & Vink, 2016).

Samskapande av värde

Mead och Bower (2000) har beskrivit PCV som "två-personers medicin" där "läkaren och patienten influerar varandra hela tiden och kan inte beakta separat" (Balint m. fl., 1993, sid. 13 citerad i Mead & Bower, 2000, sid. 1091). Värdet i vårdmötet skapas således tillsammans av personalen och patienten. I tjänstedesign anses värdet av en tjänst skapas i interaktionen mellan den som levererar tjänsten och användaren i samband med nyttjandet av tjänsten (se t. ex. Yu & Sangiorgi, 2018; Wetter-Edman m. fl, 2014).

För att kunna skapa goda förutsättningar för framgångsrikt samskapande är det viktigt att förstå samtliga involverades perspektiv när en tjänst, exempelvis ett vårdmöte utvecklas. Genom metoder som kontextuella intervjuer och samskapande workshops där flera aktörer, till exempel patienter och vårdpersonal möts kan tjänstedesign bidra till transformation av processen i vårdmötet, från ett fokus på att ställa diagnos och lösa problemet till att göra patienten delaktig i beslutsprocessen kring behandling och vård (Malmberg m.fl., 2019). Deltagande i designmetoder har visats bidra till ändrade beteenden och rutiner genom att designmetoderna sätter deltagarna i situationer som ifrågasätter nuvarande beteenden och rutiner (Wetter-Edman m.fl., 2018).

⁴ Service Walkthroughs beskrivs närmare i Arvola m. fl., (2012), eller i boken This is Service Design Doing, av Stickdorn m. fl. 2018-.

Fokus på förståelse för behov före lösningar

Där den konventionella medicinska praktiken främst fokuserat på att eliminera sjukdomen lägger PCV fokus på att stötta patienten i sitt mående och skapa välbefinnande i samband med sjukdomen. Det bredare målet innebär att den mest värdeskapande lösningen inte nödvändigtvis är den mest direkta, den som enbart botar. Detta liknar förhållningssättet inom tjänstedesign där lösningen inte är drivkraften i utvecklingsarbetet. Istället utgör förståelsen för behov, upplevelser och handlingar en ram som underbygger förståelsen av problemet (Dorst & Cross, 2001). Först när designteamet har en ordentlig förståelse för problemet börjar de ta fram lösningar. Här kan metoder som samskapande workshops eller kartläggningar av tjänsteflödet i en service blueprint⁵ bidra till en förståelse för andra aspekter, som behöver hanteras och som kräver andra lösningar än de rent medicinska problemen, och därmed ändra målsättningen för ett lyckat resultat (Malmberg m.fl., 2019).

Metod

Följe- och interventionsforskning

Projektet har som nämnts haft dubbla syften. För det första att följa och därmed kunna säga något om införandet och användandet av de nya riktlinjerna och dess utformning, samt graden av personcentrering i dessa. För det andra att forskare arbetar tillsammans med verksamheterna genom att coacha i tjänstedesignprocess och metoder, med intentionen att utveckla förslag på nya arbetssätt samt driva ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt.

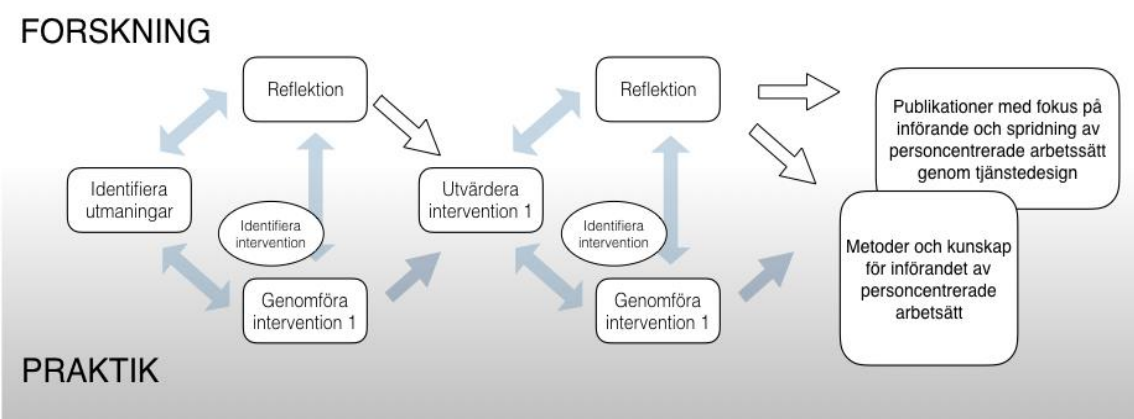
Följeforskning

Följeforskningen har fokuserat på riktlinjernas utveckling och tillämpning. Detta har beforskats genom koppling till den baslinje och uppföljningsmätning som gjorts av Forskning och Utveckling i Sörmland (rapport), och genom analys av olika versioner av riktlinjerna. Även ljudinspelningar från workshops, diskussioner samt intervjuer av deltagare har varit viktigt empiriskt material.

En enkät genomfördes vid projektets start, april 2017, samt vid avslut, nov 2017, med avsikt att undersöka projektets påverkan på deltagarnas uppfattning om personcentrerade arbetssätt, teamarbete och behov av utvecklingsarbete på arbetsplatsen under projektets löptid. Se bil. 2.

Av alla deltagare var det endast 14 personer som besvarade enkäten både vid start och avslut. Det låga antalet gör det svårt att få statistiskt signifikanta skillnader om inte många förändrar uppfattning i en och samma riktning (från lägre till högre värden eller från högre till lägre värden). Detta har inte varit fallet. Det totala antalet deltagare per team och profession var även det för lågt för att kunna göra några statistiska analyser. Resultat per huvudman (landsting/kommun) har även det analyserats, med inte heller då kunde inte några statistiskt säkerställda resultat påvisas.

⁵ För vidare läsning om service blue print/tjänstekartläggning se tex. Bitner m.fl. 2008 & Patricio m.fl. 2008)



Figur 3 Illustration över projekt och forskningsprocessens parallella flöde

Projektet har initierats som ett interventionsforskningsprojekt där de två forskarna har deltagit aktivt som projektledare och coacher genom hela processen tillsammans med två icke-forskande coacher, Anita Segring, utvecklingsledare FoUis och Hanna Lundstedt, projektledare personcentrerad vård, Landstinget Sörmland. De har planerat och gemensamt följt upp processen. Grundparametrar i aktionsforskning är att projektet syftar till att åstadkomma någon slags förändring samt att forskarna är delaktiga och tillsammans med deltagarna formar både process och resultat (Greenwood & Levin 2016; Reason & Bradley 2001). Förhållningssättet innebär flera utmaningar, bland annat att för forskarna röra sig mellan de olika rollerna, att kunna dokumentera sina erfarenheter och vad som sker kontinuerligt, och att skapa utrymme för reflektion och analys.

I detta forskningsprojekt har både forskare och coacher fört reflektionsdagböcker efter workshops med syftet att dokumentera vad som skett och upplevelserna därav. Där det har varit möjligt har tillfällena coachats av två personer, då en har haft ett större ansvar för dokumentation. Forskarna har fört forskardagbok för att notera händelser och förlopp utöver distinkta workshops. Fokus för video och ljudupptagningar vid gemensamma träffar med teamen har varit erfarenhetsdelning, reflektioner och presentationer inför varandra. Material som producerats av teamen, såsom mappningar, planeringar etc. har fotats när så varit möjligt.

I januari 2018, knappt 2 månader efter projektets avslut genomfördes ett halvdags-analysmöte där forskare och coacher gemensamt gick igenom teamens processer, resultat, samt utvärderade genomförandet. Processernas flöde rekonstruerades och visualiserades, och diskussionerna videodokumenterades. Som underlag för detta hade forskarna konstruerat ett narrativ per team, baserat på intervjuer, deltagande observationer och övrig dokumentation nämnd ovan.

Till detta har det genomförts intervjuer vid tre tillfällen, intervjuguider, se bilaga 3.

1. innan sommaren 2017 intervjuade forskarna teamens projektledare
2. under hösten video intervjuade FoUis kommunikator en deltagare per team
3. under våren 2018 genomförde Stefan Holmlid uppföljningsintervjuer med tio slumpvisa utvalda deltagare, alla team representerade

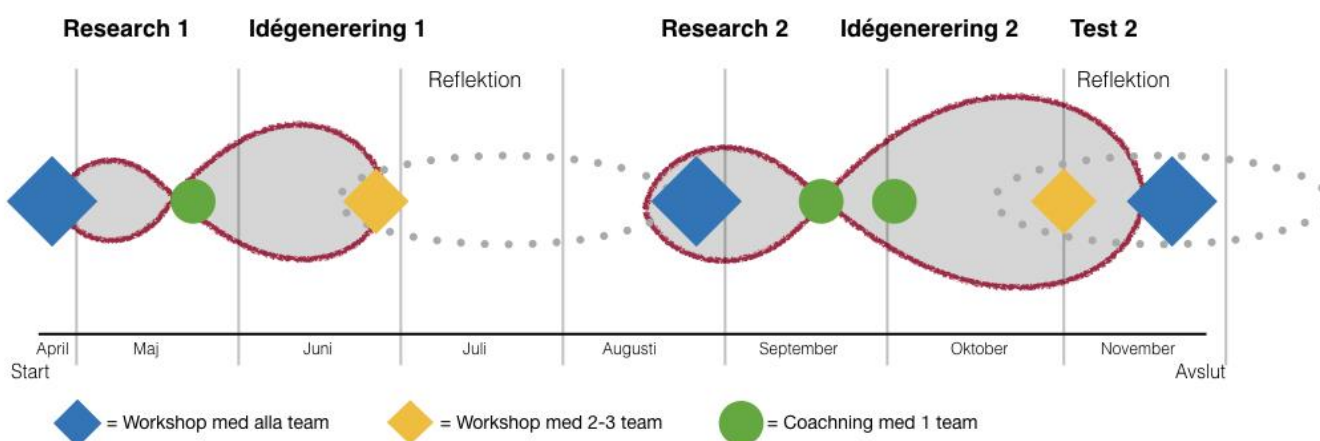
Materialet som den här analysen baseras på är i huvudsak intervjuer, coachernas dagböcker, projektteamens egen dokumentation samt ljudinspelningar av presentations- och diskussions-tillfällen. Analysen tar avstamp i ramverket för personcentrerad vård och tjänstedesign som presenteras i teoridelen.

Intervjuerna och visst diskussionsmaterial har transkriberats, delvis av forskarna, delvis av annan resurs. Därefter har materialet analyserats först individuellt med ramverket Personcentrering genom tjänstedesign som grund, därefter diskuterats gemensamt.

Genomförande och projektresultat

Designprocessen i Trygg och effektiv/Förändra radikalt

En ny processmodell för ToE utvecklades, se figur 4, utifrån den forskning och tidigare kritik som nämnts ovan riktad mot projekt med liknande upplägg och målsättning. Intentionen var att specifikt adressera frågor kring iteration, reflektion och lärande som diskuterades i teoriavsnittet ovan.



Figur 4 Processillustration Trygg och Effektiv projektet



Figur 5 Processillustration från Förändra radikalt, (bild från Lindström m.fl., 2015)

I likhet med processen från projektet Förändra Radikalt, se figur 5, som nämns i teoridelen så möttes deltagarna i alla team tillsammans vid 3 tillfällen, samt fick individuellt stöd vid analys- och idégenereringsworkshopparna.

ToE-processen adderade dessutom ett flertal delar:

- två länsdelsgemensamma workshops där teamen träffades länsdelsvis med syfte att skapa mer utrymme för samtal och erfarenhetsdelning (gul markering i illustrationen ovan).
- Upprepning av de första momenten i processen med intentionen att skapa repetition och iterativt lärande
- flertal tillfällen inom processen för reflektion (prickad linje i illustrationen ovan), dock genomfördes detta under processens workshops snarare än mellan
- introduktion av personcentrerad vård tidigt i processen

Vidare användes ett annat urval av metoder och underlag, ett flertal utvecklades specifikt för att passa till denna process, som till exempel aktörskartläggning. Vi diskuterar deltagarnas upplevelse av att delta i projekten längre fram i rapporten, dock utvärderas inte enskilda metoder och verktyg i denna rapport.

Rekrytering av team och deltagare

Projektet och dess finansiering beslutades av Länsstyrgruppen den 1 februari 2017. Målet var att rekrytera 9 team, innehållande deltagare från kommunal vård och omsorg, slutenvård samt primärvård i varje team. Önskad geografisk fördelning var tre team per länsdel (Norra, Södra Västra) för att få en spridning, samt använda länets tre sjukhus som knypunkter för erfarenhetsutbyte och lärande. Länsstyrgruppens deltagare från kommuner och landsting ombads sprida inbjudan till projektet inom sina respektive verksamhetsområden. Det var tydligt i diskussionerna inför projektstart att det skulle behövas engagemang från både ledning och verksamheter för att rekrytera deltagare enligt önskemål.

Inbjudan till deltagande gick ut 8 mars 2017, och spreds via Länsstyrgruppen, och FoUis övriga kanaler. Rekryteringsperioden var intensiv och det visade sig vara svårt att rekrytera deltagare med den spridning över huvudmän och verksamheter som var intentionen, samt inom den tid som krävdes för projektets genomförande.

Vid projektets start den 26 april 2017 deltog 26 personer, fördelat på sex team. Två av de 26 deltagarna gjorde tydligt redan vid start att de inte hade för avsikt att delta i det fortsatta arbetet. En av dessa 26 personer deltog själv, utan något klart team. Personen hade fått uppdrag från sin verksamhet att delta för att sedan rekrytera ett team efter uppstarten, detta blev team Tryggsamverkan. Vidare var det bestämt att teamet från Strängnäs kommun, Korttidsboende, skulle starta något senare då de inte kunde frigöra tid det specifika datumet.

Vidare rekrytering av deltagare till flera team pågick under hela projektiden. Teamen Gul process, Sörmlands hjärta och AVA rekryterade inte nya deltagare, men vilka som deltog varierade vid de olika träffarna. Teamen uppmuntrades att kontakta och bjuda in de resurser till sina team som de ansåg vara nödvändiga för att genomföra projektet på ett relevant sätt. Framförallt tillkom det deltagare vid workshopen efter sommaren. Detta har haft påverkan på upplevelsen av projektet då vissa har fått flera omstarter, medan de som kom in sent inte riktigt haft med grunden och till viss del upplevt att det gått fort.

Vid avslutandet av projektet den 22 november 2017 var det totalt 55 deltagare fördelat på åtta team från över 20 verksamheter. Deltagarantalet hade således fördubblats under projektets sju månader. En sammanställning över fördelning av deltagare över huvudmannaskap och verksamhetsområde i tabell 2 nedan. Två team bestod av deltagare enbart från kommun, i dessa team fanns dock representation från olika förvaltningar och verksamheter. Ytterligare två team bestod enbart av deltagare från landstinget. De övriga sex teamen hade i olika grad deltagare från båda huvudmännen och olika verksamheter.⁶ Deltagande professioner var sjuksköterskor, undersköterskor, samordningssköterskor, läkare, medicinsk sekreterare, utskrivningssamordnare, närvårdskordinator, biståndshandläggare, rehabiliteringspersonal och fysioterapeuter, hemtjänstpersonal, boendestödare, enhetschefer samt utvecklings- och verksamhetsledare.

Tabell 1 Sammanställning av fördelning deltagare inom teamen med avseende på huvudmannaskap, och verksamhet

Länsdel	Teamnamn	Deltagande verksamheter	LANDSTING			KOMMUN	
			Sluten-vård	Spec. öppen-vård	Primär-vård	Hälsa- & sjukvård	Bistånd, social-tjänst
Västra	Gul process	Kullbergska Sjukhuset, Katrineholms kommun, Nävertorps VC	3		1	3	
	Sörmlands hjärta	Flens kommun				4	2
Norra	Korttids-boende	Strängnäs kommun				9	2
	Skiftinge	Skiftinge VC & Eskilstuna kommun			2	1	1
	PESE/ Psykiatri öppenvård	Psykiatriska kliniken, Mälarsjukhuset & Psykiatriska mottagningen Eskilstuna	1	7			
Södra	Trygg sam-verkan	Psykiatrisk öppen-vårdsmottagning, Nyköpings lasarett & Nyköpings kommun		4	1	1	
	AVA	Akutvårdsavdelningen, Nyköpingslasarett	4				
	Ort.kom	Ortopedavdelningen Nyköpingslasarett & Nyköpings kommun	8				1
Antal personer		55	16	11	4	18	6

Uppstart och genomförande

Projektet startade med en heldags workshop den 26 april 2017 med syfte att introducera tjänstedesign, personcentrerad vård, gruppdynamiska aktiviteter samt projektets dubbla karaktär av

⁶ Projektrapporten 20180212 innehåller inkorrekt siffra

utveckling och forskning. Under dagen påbörjade teamen även identifiering av mål för utvecklingsarbetet och användargrupp samt planering av researcharbete under dagen.

Intentionen var att påbörja processen genom att tillsammans med teamen identifiera utmaningar med riktlinjerna utifrån eventuella krockar med befintliga arbetssätt. Enligt uppgift skulle riktlinjerna vara spridda och kända i verksamheterna men det blev tidigt i processen tydligt att så inte var fallet. Det innebar att verksamheterna inte påbörjat arbetet med dessa. Detta bekräftas också av den baslinjemätning som genomfördes under v 5-7 2017 (Forsell & Eriksson 2017). Arbetet kunde därför inte utgå från befintliga problemsituationer vid implementeringen av riktlinjerna, utan fick utgå från utmaningen att riktlinjerna inte var spridda i verksamheterna. Teamen fick då utföra sitt utforskande arbete med tydligt fokus på brukarens/patientens/anhörigs upplevelse av trygghet vid utskrivning. Genom intervjuer och observationer undersökte teamen vad som var viktigt för deras patienter/brukare vid utskrivning i relation till trygghet. De insikter som kom ut ur detta arbete präglade resten av processen (utförlig beskrivning i bil. 1).

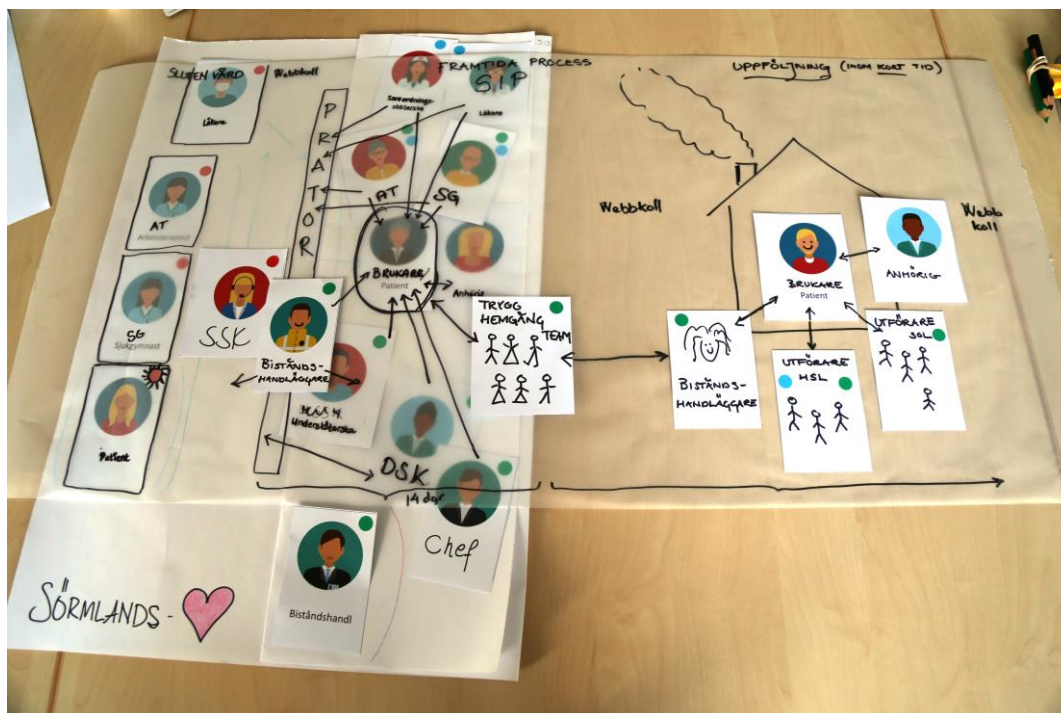
Under den första delen av processen som genomfördes under våren introducerades deltagarna till metoderna, genomförde intervjuer och observationer med patienter/brukare samt analyserade materialet från dessa till insikter. Utifrån insikterna gjordes en problemformulering och vissa team hann även med att idégenerera och tydliggöra lösningsförslag. I den andra delen, efter sommaren, upprepades research utifrån problemformulering, analys och insiktsarbetet. Därefter coachades alla team till idégenerering, konkretisering och testning av lösningsförslagen inom sina respektive verksamheter. Se illustration av processen i figur 4 på sid 11.

Teamen har stöttats med individuell handledning/coachning vid tre analys- och idégenererings-tillfällen. Vid de två mindre och länsdelsgemensamma träffarna, var fokus att arbeta konkret med metoder samt dela insikter och erfarenheter mellan teamen. För den första länsdelsgemensamma workshopen i maj/juni 2017 var aktörskartläggning⁷ fokus. Teamen fick kartlägga hur den process/delprocess de arbetade med i dagsläget såg ut med hjälp av ett stort ark samt kort med olika roller/professioner. Därefter fick de göra en ny kartläggning av hur det skulle se ut utifrån deras tänkta lösning/arbetssätt/process. (Se figur 5 och 6)

⁷ Aktörskartläggningen hämtade de illustrerade korten och inspiration från ett arbete av Martina Caic, se till exempel Caic m. fl., 2018



Figur 5 Aktörskartläggning 1



Figur 6 Aktörskartläggning 2

Den här övningen gav många aha-upplevelser relaterade till komplexitet i systemet, gränser mellan verksamheter och huvudmän, samt i vilken mån patient/brukare verkligen är i fokus. Vid den andra mindre och länsdelsgemensamma workshopen sep/okt 2017 testade teamen sina tänkta lösningar på varandra i en prototypningsövning, och gav feedback till varandra som förberedelse inför att testa i verksamheterna (se figur 7). Vid båda tillfällena gavs utrymme för att reflektera tillsammans över lärande och erfarenheter av deltagandet i projektet.



Figur 7 Prototypningsövning

Den andra stora gemensamma workshopen där alla åtta teamen träffades inföll i slutet av augusti för att starta om inför hösten. Flera team hade nya deltagare vid detta tillfälle. Den här dagen fokuserade på att koppla ihop teamens tidigare utforskande och insikter, med eventuella lösningsidéer samt att tydliggöra sin vision för projektet. Teamen jobbade under dagen även med att upptäcka möjliga hinder för idéernas genomförande, både individuella och strukturella. Slutligen fick de prova en prototypningsövning, samt påbörja planeringen av sitt arbete inför hösten.

Den avslutande workshopdagen den 22 november innehöll en förmiddag för deltagarna och en öppen del på eftermiddagen för att sprida resultaten. Dagen inleddes med att dela projektresultat, utvärdera processen både ur ett team och individuellt perspektiv samt förbereda eftermiddagens öppna presentation. Inger Eklind presenterade också nuläget med riktlinjerna samt kommande uppföljning, för deltagarna i teamen. Eftermiddagens öppna del, till vilken kollegor, chefer och brukare/patienter bjudits in, hade drygt 70 deltagare. Den öppna delen bestod av föreläsningar om tjänstedesign och kulturförändring av forskare och en SKL-representant, presentation av teamens arbete, en posterutställning samt panelsamtal med företrädare från kommuner och landsting, kring en del av de utmaningar som identifierats i projektet.

Reflektion över genomförandet

Planen för workshopar och olika moment i projektet justerades allteftersom projektledarna och coacherna lärde känna teamen och deras förutsättningar. Exempelvis framkom under våren att flera deltagare hade svårt att frigöra tid i sina scheman för så pass långa workshops som 3–4 timmar, följaktligen delades analys och idégenereringsworkshopen under hösten upp i 2 tillfällen om 2 timmar istället för en längre sammanhängande workshop.

Vissa metoder och insikter har haft stort genomslag på teamens fortsatta arbete. Erfarenheter från att ha observerat och intervjuat patienter/brukare återkommer, liksom de insikter som kom fram genom arbetet med aktörskartläggningen.

” [det mest givande har varit] ...hur vi kan samarbeta tillsammans allihop och ta fram nånting som gynnar patienten för patienten är verkligen i fokus på det här arbetet.” (Deltagare Tryggsamverkan)

Återstarten i augusti blev för de team som inte varit med vid uppstartsworkshopen i april ett tillfälle att skapa tydlig riktning i sitt arbete. För andra team blev det dagen ett tillfälle att stanna upp för att verkligen se vad som behövde göras och hur teamen behövde kompletteras. I coachernas reflektion över dagen utifrån egna observationer och från kommentarer från deltagarna kan konstateras att dagen innehöll många moment av olika karaktär och att den kunde ha planerats annorlunda.

Genom processen har det funnits vissa fasta punkter för att linjera teamens faser med varandra till exempel de länsdelsgemensamma träffarna, men det har också tillåtits variation i teamens tempo. Tiderna tillsammans med coach för de olika stegen har varierat i de enskilda teamen beroende på hur det har varit möjligt att boka gemensamma tider för deltagarna. Här har sammansättningen av teamen över huvudmän och verksamheter försvårat då det av förklarliga skäl inte finns någon gemensam resursallokering. Även om avsikten med projekten var att genomföras inom ordinarie verksamhet, så var det stor skillnad i hur mycket tid teamen har avsatt för gemensamt och individuellt arbete vid sidan om de coachledda träffarna. Teamet Tryggsamverkan träffades till exempel enbart vid de tillfällen som var inbokade med och ledda av coach, medan de flesta andra team avsatte tid för att träffas på egen hand mellan dessa.

Projekresultat och fortsatt implementering

I projektrapporten (bil. 1) presenteras teamen, deras sammansättning, valda utmaning och lösningsförslag samt utvärdering och lärande direkt kopplat till projektets genomförande. Det finns även en film⁸ där några deltagare berättar om sina upplevelser. I projektrapporten beskrivs teamens utmaningar och lösningar övergripande:

Utmaningar som identifierats:

- Patientens/brukarens delaktighet i sin egen utskrivningsprocess
- Samordning inom slutenvården inför hemgång
- Hemkomsten till kommunal vård & omsorg
- Trygghets- och informationsgap
- Identifiering av patienter i gul process

Lösningarna syftar till:

- Öka patienter och anhörigas delaktighet
- Öka trygghet genom förutsägbarhet och tydlighet
- Åstadkomma samordning inom slutenvården
- Öka samverkan mellan huvudmän och vårdgivare
- Minska överinformation och informationsstress

Teamen har följts upp under våren i samband med presentationen av projektets arbete för den Länsdelsgemensamma Nämnden för Samverkan kring Socialtjänst och Vård i början av mars, samt genom intervjuer under april-juni. Sedan projektet avslutades den 22 november 2017 har teamen haft olika förutsättningar att fortsätta arbetet med de specifika lösningar de utvecklat.

I några verksamheter såsom Skiftinge VC, Flens kommun och Kullbergsska sjukhuset har en eller flera nyckelpersoner bytt tjänst vilket innebär att det uppenbart är svårt att få kontinuitet i det fortsatta arbetet. Personerna har i intervjuer tydligt uttryckt att de tagit till sig nya metoder och förhållningssätt genom arbetet, och provat dem i andra sammanhang och därmed kommer att

⁸ https://youtu.be/ie_64d1XQds

ta med sig det till nya arbetsplatser. Teamet Tryggsamverkan var det team som var mest löst sammanhållet, utan någon naturlig koppling mellan deltagarnas verksamheter och som inte heller träffades mellan gångerna. För detta team har projektet inte heller haft någon fortsättning.

Andra team, tydligast de kopplade till Psykiatriska mottagningen i Eskilstuna och Ortopedkliniken vid Nyköpings lasarett har redan genomfört processförändringar, tillsatt nya tjänster och fortsätter utvecklingsarbete med nya projekt utifrån lärandet i ToE-processen. Akutvårdsavdelningen (AVA) vid Nyköpings lasarett integrerade ToE-projektet i sitt arbete med Framtidens Vårdavdelning och instiftade en ny samordningsfunktion för att stödja anhöriga. Även i Flens kommun arbetas det vidare med det nya arbetssättet för kommunens hemtagningsteam.

Redan under projekttiden genomfördes vissa förändringar kring korttidsboendeprocessen i Strängnäs, och nya rutiner för planering tillsammans med brukare vid ankomst på korttidsboendet har testats. På frågan vad som finns kvar svarar en respondent från Strängnäs:

”Vad är som är bra är väl att vi pratar ju mer med varandra tror jag än vad vi gjorde tidigare och [vi] återkopplar ju hur det går.” (Intervju våren 2018)

Vid utvärderingarna av projektet har deltagarna framhållit att arbetet inneburit att de samverkat med olika professioner, fördjupat sig i patient-/brukarbehov och att de vågat låta det ta lite tid till att förstå problem, behov och att komma fram till idéer. De beskriver att de lärt sig om hela vård- och omsorgskedjan och hur det fungerar på 'andra sidan i processen'. De nämner även att arbetet hjälpt till att skapa kontinuitet och samverkan mellan slutenvård och öppenvård. Tjänstedesign upplevdes vara en bra och användbar metod som också var rolig och kreativ. De har upplevt stort engagemang och alla har deltagit med kunskap och kompetens. Flera nämner även att de ser projektet som bra kompetensutveckling om förändringar inför ny lagstiftning, nya arbetssätt och personcentrering.

”Det är härligt tycker jag att liksom 'Aha var det bara det lilla som vi stod för'. Vi tror att vi har hela och det måste bli bra för patienten och vi pratar om det som om vi vore inkopplade hela tiden. Man får ju andra perspektiv när man tar del av sådana här saker. [Projektledare 1, slutenvård, intervju i juni 2017]

Vid FoU i Sörmlands årliga uppföljning av ett urval av aktiviteter nämns Trygg och Effektiv-projektet som den enskilda aktivitet där andelen som ansåg sig ha fått nya kontakter var högst (82%)⁹. Samverkan mellan olika verksamheter och huvudmän är också den aspekt som deltagarna lyfter fram som det som varit det bästa med deltagandet i projektet, i den utvärdering som genomfördes i samband med projektavslut i november 2017. Därefter följer byte av perspektiv från organisation till person samt insikter och resultat.

”Intervjuare: Fanns det någonting under arbetets gång som var, som du kände verkligen berörde eller förvånade dig specifikt, speciellt?

Projektledare 2, slutenvård: Ja det var ju patientmötena. När vi intervjuade dom om deras upplevelse att det inte stämde överens så som vi trodde det skulle göra. Därför blir dom ju extra viktiga att göra känner jag.” (Projektledare 2, slutenvård, intervju, juni 2018)

⁹ <https://www.fou.sormland.se/media/1352/sammastallning-uppfoljning-av-fouis-aktiviteter-ar-2017.pdf>

Resultat och diskussion

Nedanstående resultatdiskussion presenterar analysen av det rika och diversifierade material som datainsamlingen genererat, det inkluderar direkta citat, resultat av analys samt forskarnas tolkningar.

Först återkopplas till de förväntade resultaten, därefter adresseras projektets forskningsmässiga frågeställningar:

- I vilken mån är riktlinjerna för trygg och effektiv utskrivningsprocess personcentrerade?
- Hur relaterar teamens lösningsförslag till riktlinjerna och i vilken mån stödjer införandet av lösningsförslagen riktlinjerna?

För att besvara och diskutera dessa har kapitlet strukturerats i följande tre teman: 1) Riktlinjernas personcentrering, som diskuterar den första frågeställningen, 2) Trygga patienter ger effektiv utskrivning, och slutligen 3) Samverkan genom personcentrering, de två senare diskuterar den andra frågeställningen.

Återkoppling till förväntade resultat

Projektets möjlighet att nå de förväntade resultaten påverkades av att riktlinjerna i motsats till vad som uppgivits, ej var välkända när projektet påbörjades, samt den branta uppstartsfasen som försvårade rekrytering av deltagare utifrån projektets önskemål. Med utgångspunkt i de förutsättningarna har projektet genererat resultat av en något annorlunda karaktär än förväntat, men inte desto mindre värdefulla.

Förankrade och eventuellt anpassade riktlinjer utifrån personcentreringsperspektiv

Projektet har bidragit till att sprida riktlinjerna, och har haft viss påverkan på formuleringar som till exempel titeln av det slutligt fastställda riktlinjedokumentet. Projektet har vidare visat på exempel på hur samverkan kan etableras i praktiken, vilket har haft positiva effekter på efterföljande arbete. Denna rapport ger också förslag på hur riktlinjerna kan förstärkas med avseende på personcentrering.

Identifiering av utmaningar vid införandet av föreslagna riktlinjer

Det är uppenbart en utmaning att åstadkomma spridning och kännedom om riktlinjerna. Fortfarande vid projektets slut i november 2017, frågade deltagare projektledningen efter uppdaterade dokument med riktlinjerna snarare än att de fanns lättillgängliga på respektive arbetsplats. Svårigheterna att få kontakt över verksamhets- och huvudmannagränser är ytterligare en specifik utmaning för dessa riktlinjer, samverkan uppfattas inte som en del av kärnverksamheten och prioriteras sällan.

Ökad metodkunskap

Alla deltagare har praktiskt provat designbaserade metoder för utvecklingsarbete, för de allra flesta var det första gången som de mötte den här typen av metoder. Det innebär att deltagarna har fått ökad kunskap om att dessa metoder finns, och på så sätt utökat sin repertoar av möjliga metoder att använda framgent för att ta del av patientens perspektiv i utvecklingsarbete. Vid uppföljningsintervjuerna har det uppfattats positivt med metoder och processledare som kommer från ett annat område, samtidigt framkommer det att fortsatt stöd behövs om metoderna ska användas igen.

Goda exempel

Alla team har utvecklat lösningsförslag baserat på insikter som kommit ur ToE-processen. Insikterna är goda exempel på vad som kommer fram när undersökningarna utgår från ett patient-/brukarperspektiv. Lösningsförslagen är goda exempel på hur personcentrerade arbetssätt kan se ut i praktiken. Medan insikterna kan anses vara av mer generell karaktär är lösningarna lokalt utvecklade. För vidare spridning bör den specifika lokala kontexten beaktas.

Forskningspublikationer

Projektet har genererat ett bokkapitel där personcentrering och tjänstedesign knyts samman, teoridelen i rapporten baseras på detta (Malmberg m.fl., 2019), ett konferenspaper som utforskar deltagarnas upplevelse i processen (Wetter-Edman & Malmberg 2018). Ytterligare forskningspublikationer är under arbete.

Personcentrering i riktlinjerna

”Vi kan ju skriva riktlinjer hur mycket som helst och rita pilar hit och dit hur patienten skall gå, likväl är det enda att fundera på vad är det patienten vill? Jag hade nog inte trott att det skulle vara så mycket personcentrering i det hela men när det nu är det så är det helt rätt. Det är ju där man måste börja. Man måste starta där patienter är och gräva där den står och verkligen ha respekt för patientens vilja. (Projektledare 1, slutenvård, intervju, juni 2017)

Riktlinjer är per definition ett internt dokument för att stötta medarbetare, i det här fallet syftar de till att omsätta gällande lagstiftning till praktik. Frågan är då om de behöver vara personcentrerade, med tanke på att det snarare handlar om samverkan mellan och inom verksamheter, och om de ska vara personcentrerade, i vilken grad?

Som konstaterats i citatet ovan är personcentrering både en praktik och ett förhållningssätt. Den lagstiftning dessa riktlinjer syftar till att omsätta berör explicit frågan om individens trygghet i processer som bygger på samverkan. Därför anser rapportens författare att just de här riktlinjerna bör genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt.

För att bedöma riktlinjer som personcentrerade krävs att aktörernas roller är beskrivna utifrån ansvar och att den enskilde/anhöriga syns och ges möjlighet att vara delaktig om så är möjligt i de rutiner som föreskrivs. Det innebär att riktlinjerna bör återspegla, en eller flera dimensioner som nämnts i avsnittet om personcentrerad vård, i relation till process, kontext, roller och resultat, där individen är sedd som en aktör, resurs och integreras i vård- och omsorgsarbetet.

De sörmländska riktlinjerna hette i sin första version:

Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Sörmland. Informationsöverföring och upprättande av samordnad individuell plan (SIP). I den slutliga versionen har riktlinjerna fått en övergripande titel som lyder: *Trygg hemgång och effektiv samverkan*. Därefter följer samma ordalydelse som tidigare i väsentligt mindre text.

Fokus har i titeln flyttats från utskrivning till hemgång, det vill säga ett tydligt skifte från att verksamheterna skriver ut en passiv patient till att en individ faktiskt går hem. Teamens insikter att de handlar om hemgång snarare än utskrivning återspeglas i den nya titeln, en fokusflyttning av riktlinjernas syfte ser ut att ha skett. Vidare i riktlinjernas inledning presenteras den gemensamma värdegrunden där patient/anhörig omnämns tydligt som fokus för verksamheternas insatser, men inte som en aktiv resurs och aktör i arbetet.

Efterföljande processbeskrivningar fokuserar, som redan påtalats, på mellanorganisatorisk informationsöverföring, där patienten fortfarande är passiv. Till skillnad från de första riktlinjerna syns nu patienten i de flesta fastställda processkartorna, se jämförelse mellan figur 8 och figur 9. Däremot saknas patienten generellt i uppföljningsprocessen.

- Nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överfört till enheter som har fått inskrivningsmeddelande - Nödvändiga hjälpmedel är tillgängliga för patienten			
Patienten skrivs in på slutenvårdsavdelning			
Ansvar för sjukhuset	Ansvar för landstingets öppenvård	Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård	Ansvar för kommunens socialtjänst
Skicka inskrivningsmeddelande inom 24 timmar efter inskrivning på alla patienter med fortsatt behov av vård- och/eller omsorg.	Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt. Informera sjukhuset om aktuella insatser.	Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser.	Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser. Individuellt anpassade hjälpmedel (exempelvis

Figur 8 Utdrag ur riktlinjer för Trygg hemgång och effektiv samverkan, Röd process. Delprocess, inskrivning s 23.

- Nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överfört till enheter som har fått inskrivningsmeddelande - Nödvändiga hjälpmedel och medicinteknisk utrustning från landstinget är tillgängliga för patienten			
Ansvar för sjukhuset	Ansvar för landstingets öppenvård	Ansvar för kommunens hälso- och sjukvård	Ansvar för kommunens socialtjänst
Inskrivningsmeddelande skickas inom 24 timmar efter inskrivning på alla med fortsatt behov av vård- och/eller omsorg från kommunen.	Informerar sjukhuset om aktuella insatser	Informerar sjukhuset om aktuella insatser	Informerar sjukhuset om aktuella insatser

Figur 8 Utdrag ur riktlinjerna för Trygg och effektiv utskrivning, ver 1. Daterad 161215. Röd process, delprocess Inskrivning s. 20.

Även om patienten är nämnd, är denne fortsatt passiv och ges ingen aktiv roll och möjlighet till delaktighet i sin hemgångsprocess. Ett tillägg i inskrivningsprocessen som gjorts i den fastställda versionen är en instruktion om att lägga in patientens telefonnummer i Prator¹⁰, vilket underlättar för alla aktörer att ha en direktkontakt med patienten i stället för att gå via olika medarbetare. Matrisuppdelningen riskerar dock att medföra att de olika aktörerna framförallt fokuserar på sin egen del och samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan förloras. Patienten som en passiv mottagare av vård eller omsorg går också emot den process personcentrerad vård innebär där värdet skapas *med* patienten istället för *åt* eller *för* patienten.

De fastställda riktlinjerna inkluderar även en blå process som kallas pro-aktiv i hemmet, som enbart nämns skissartat i den första versionen. Denna process syftar till att aktivt förutse och

¹⁰ Prator är det digitala kommunikationsverktyg som skall användas för informationsöverföring mellan de olika involverade vård och omsorgsaktörerna. Jämförelse med baslinjemätningen (Vingare m.fl. 2018), noterar att anhöriga inte ingår vilket gör att de lätt kan glömmas bort.

förebygga ohälsa hos individen. I den blå processen lyfts vikten av att ge anhöriga stöd och information fram. De nämns inte alls i övriga processer.

Det går i dagsläget inte att säga något om i vilken grad formuleringar och utseende av riktlinjer har någon koppling eller påverkan på hur dessa tillämpas rent praktiskt. Det har heller inte ingått i denna studie att undersöka införandet inom andra regioner, landsting och kommuner. Dock förefaller det rimligt att de språk och processbeskrivningar som aktivt och genomgående inkluderar de som processen berör och är till för har goda förutsättningar för tillämpning enligt lagens intentioner.

Spridning och kännedom om riktlinjerna

Som tidigare nämnts konstaterades det tidigt i projektet att riktlinjerna inte var spridda eller kända i verksamheterna vid projektets start i april. Den problematiken kvarstod igenom hela projektet och projektledningen har under projekttiden delat ut riktlinjer och hänvisat till var det finns aktuella versioner. Trots detta kom det kontinuerligt under projektet frågor om tillgång till riktlinjer till projektledningen. I samband med de träffar då teamen fick reflektera med andra team återkom också genom hela projektet frågor kring olika delar i riktlinjerna. Deltagare som kände osäkerhet kring hur rutiner och ansvar skulle tolkas sökte svar och stöd hos andra deltagare. Det bekräftas även i den lägesbeskrivning och jämförelse med baslinjemätningen som gjorts tidigt under 2018. Den visar på att aktiviteter som kopplar till riktlinjerna har ökat, men det finns kommentarer i fritextsvar om att de fortfarande inte är spridda (Vingare m.fl. 2018).

Utöver titeln, är det svårt att utifrån utvärdering och uppföljning, avgöra vilket direkt inflytande projektet haft på riktlinjerna i sig och deras tillämpning i organisationen. Tillsammans med andra med- och motverkande faktorer har projektet bidragit till de riktlinjer som finns idag, och deras tillämpning. Till exempel har en process för korttidsboende som inte fanns med i den första versionen lagts in i den slutliga versionen, vilket tidigt påtalades av det team som just hade korttidsboende som fokus.

Lösningsförslagen och riktlinjerna

Analysen av teamens arbete fram till att formulera Lösningsförslagen visar att lösningarna syftar till att öka både trygghet hos den enskilde och att effektivisera arbetsprocesserna utifrån att öka delaktigheten för patient/brukare/närstående. Vidare visar analysen att genom ett gemensamt fokus på den verksamheterna är till för underlätta samverkan.

Trygga patienter ger effektiv utskrivning/hemgång

Genom att jobba med införandet av riktlinjerna med tjänstedesign har patienternas perspektiv lyfts in. Det har lett till att de åtta teamen i sitt arbete har identifierat och hanterat gap i riktlinjerna som uppstår utifrån att riktlinjerna främst fokuserar på verksamheterna och deras perspektiv på utskrivningen.

När teamen delat sina erfarenheter från intervjuer och observationer gjorda med patienter har flera team lyft liknande insikter kring hur kommunikation och information spelar stor roll för patienternas trygghet i samband med utskrivningen. Flera team delade insikterna av den stora roll som anhöriga spelar för tryggheten och vikten av en bra inskrivning för att kunna planera en trygg och effektiv utskrivning.

Sjukdomshistoria, en förutsättning för effektiv planering och samverkan

Riktlinjerna fokuserar främst på situationen kring utskrivningen. Patientens resa börjar dock långt innan dess. I och med att de framförallt har ett verksamhetsperspektiv så fokuserar riktlinjerna på enskilda interaktioner och gränssnitt snarare än patientens hela process. Flera team

noterade under researcharbetet hur viktigt inskrivningen är för en effektiv planering och genomförande av utskrivning. Riktlinjerna instruerar att inskrivningsmeddelande samt beräknad hemgångsdag skickas till berörda enheter. Men hur informationen inhämtas i relation till den enskilde, och kommuniceras tillbaka till denne, saknas helt. Två av teamen har fokuserat specifikt på detta och tagit fram lösningar som stötar anamnestagningen och kommunikationen med patienten. Att notera sjukdomshistoria (anamnes) i samband med inskrivningen ger förståelse för patienten som person och vilka förutsättningar och drivkrafter hen har som kan påverka känslan av trygghet eller upplevelsen i samband med utskrivningen.

” [Om man ska] säga till patienten:

Du kan börja och fundera själv, vad är det du behöver för att det ska bli tryggt för dig hemma, vad är det som gör det. Så att de får fundera lite själva, för jag tror också att felet vi gör det är att vi bara låter patienten va, ligga där i sängen och vänta för att vi ska fixa allting. Och sen har vi fixat tycker vi jättebra, men då säger patienten: Men så där ville inte jag ha det...

Men så har inte vi tänkt för att i vår värld var det här jättebra. Varför vill du inte ha det här för, och då tycker vi att det är en jobbig patient.”

[ur gruppdiskussion vid workshop i augusti]

Detta svarar mot vikten av förståelse av kontext och händelseförlopp på ett mer holistiskt plan som lyfts i så väl personcentrerad vård som tjänstedesignprocessen, och låter denne vara expert på sin egen vardag (Malmberg m.fl., 2019). Anamnestagningen möjliggör att i ett tidigt skede skapa en övergripande förståelse för patienten och få information som påverkar vilka insatser som kan behövas efter utskrivningen. En tidigt etablerad förståelse för patienten och hens förutsättningar möjliggör en mer effektiv samverkan mellan slutenvården och den kommunala vården och omsorgen. Att ToE-arbetet bidragit till detta har framkommit i uppföljningsintervjuer.

Intervjuare: Just det. Betyder det eller har du sett några förändringar i hur ni förhåller er till patienterna?

Respondent: Ja det var ju patientmötena. Jo det har jag gjort. För att få en helhetsbild av patienten så är det viktigt att man tar det vi kallar en anamnes när patienten kommer in, och man kan få lite känsla av att tidigare var det, det här är frågor för att vi skall få lite hum om hur du har det, men nu har vi verkligen tryck på att det här är verkligen jätteviktigt. Dels för att vi skall kunna sköta om dig på bästa sätt men också för att vi skall kunna få en helhetsbild så vi vet tidigt om vi skall bjuda in din anhöriga för att veta vilken roll dom skall ha eller behöver ha i det här fallet. För att sedan kunna göra den här utskrivningsprocessen så bra som möjligt. Så det har lite grand, på något sätt höjt statusen för det eller hur jag skall säga. Man har förstått att det är så himla viktigt, får vi en bra anamnes så underlättar det jätte, jättemycket för alla liksom. (Projektledare 2, uppföljningsintervju våren 2018)

Anamnesen tas då inte enbart i ett medicinskt syfte, utan för att underlätta resursintegrering med andra aktörer, både anhöriga och medarbetare inom andra verksamheter. När förståelsen för patienten/brukarens situation ökas påverkar det också medarbetarnas incitament att använda och förhålla sig till nya arbetssätt, vilket exemplifieras genom citatet nedan. Personalen

ser systemet utifrån sin situation, men har genom det här arbetet fått ökad insikt i att patientens system ser annorlunda ut.

”Ja det är ju jättespännande för att innan har man varit lite stressad i att få ner den här omvårdnadsanamnesen, en status, nu känner man ändå att det tagit tid då. Men nu när vi tagit fram den här blanketten så blir det mer strukturerat och det har blivit också att man sätter sig med patienten och kan ta det lugnt för man vet att det här är det jag skall göra. Så det blir ett bra bemötande i första patientkontakten och även bra då för då känner mig lugn och trygg att jag känner den här patienten lite mera och kan förmedla det till mina kollegor som kommer efter i dokumentationen. Så väldigt bra i patientmötet.”
(Sjuksköterska, uppföljningsintervju våren 2018)

Betydelsen av kommunikation och information

Riktlinjerna sätter upp ramar för hur kommunikationen ska ske mellan vårdenheter som berörs i samband med att patienten skrivs ut men berör inte direkt kommunikationen med patienterna och deras anhöriga. Projektet visar att både bristfällig kommunikation och informationsöverföring mellan vårdgivare påverkar tryggheten och den direkta kommunikationen med patient/brukare. Även Vingare med kollegor (2018) noterat brister i informationsöverföring till patienter, och att det i fritextsvaren nämns att patienter bör få skriftlig information om och vid utskrivning.

Om de möten som syftar till att planera med och för patienten i huvudsak handlar om att förstå vad olika roller innebär och har för ansvar blir det otryggt för patienten. Inte heller blir fokus på att förstå patientens/brukarens situation.

”Hur pass det påverkar tryggheten och effektivitet att vi faktiskt inte vet vad de andra gör. Vad deras uppdrag är, och deras uppfattning om sitt uppdrag så att säga. Och våran uppfattning att det skiljer sig emellan. Och då när vi sitter i planeringar, att det blir, när man som person hör att nä men ni pratar ju förbiv varandra, ni pratar inte. Du vet faktiskt inte vad dom gör, det blir en väldigt otrygghetskänsla. Det blir ju dels en del av det mötet att det går ut på att man pratar om... man kommer överens om vad gör ni egentligen och vad gör vi, och det var inte vad vi trodde. Och hur ska det här bli då.”
(ur gruppdiskussion augusti)

”Visar det sig att patienten har ett fungerande nätverk runt sig redan i tex hemsjukvården så ska ju de byggas på jättetidigt. Det är en förutsättning inför hemgång att de är med” (gruppdiskussion juni 2017)

Kommunikation och information, att veta vad man har framför sig var en mycket viktig faktor för känslan av trygghet erfor flera av teamen när de intervjuade patienter. Ett exempel var att tillsammans med den enskilde vara tydlig inte bara med vilken tid de förväntas vara inlagda där utan också vad de förväntas klara av innan de kan gå hem och på så sätt skapa en gemensam målbild. Flera team diskuterade också vikten av att involvera såväl patient och anhöriga i själva utskrivningsprocessen genom att tidigt kommunicera hur prognosen ser ut och sätta upp mål tillsammans med patienten. Syftet med det var att möjliggöra för patient och anhöriga att följa med i processen och känna trygghet i vad de kan förvänta sig och vad de har framför sig. Det vill säga att skapa förutsättningar för samskapande och resursintegrering. Den enskilde får då en aktiv roll i sin egen process och förväntas bidra efter förmåga.

”Och även [utskrivningen] från slutet och öppenvård inom psykiatri. Jag intervjuade En patient som hade legat inne länge och hon tryckte på bristen av kommunikation för utskrivningen blev så snabbt på, så hon hann inte förbereda sig inför utskrivningen och då blev det massa oro för hur det skulle bli att komma hem och hon hade önskat en skriftlig, för att hon beskrev att hon inte var där när hon fick all information. Det tror jag är rätt så vanligt även på soma[tiska] sidan, att skriva ner det som är sagt och hur planeringen ser ut och få vara med i processen vid utskrivningen. Nu var det från den ena dagen till den andra, det är inte alls ovanligt att det är så.”
(ur gruppdiskussion i juni 2017)

Lösningarna teamen tagit fram adresserar frågan om kommunikation och information på olika sätt. Teamet Tryggsamverkan fokuserade på informationen patienten får i samband med utskrivningen. Genom att skala ner den till det absolut nödvändigaste från patientens perspektiv blir den tillgänglig och skapar trygghet. Vetskapen om att det finns möjlighet till kontakt och att man kommer bli kontaktad inom 72 timmar, tror de kommer bidra till mindre oro och färre återinläggningar. Om lösningen kan leva upp till detta var vid projektets slut för tidigt att säga.

Ytterligare ett lösningsförslag som fokuserar resursintegrering är AVA-teamet som utvecklade en lösning som dels innebär fria besökstider på avdelningen och den nya funktionen utskrivningssamordnare. Detta utifrån insikten att anhöriga kan vara en resurs både för den enskilde och personalen, och att de ibland av personalen upplevs som besvärande med många frågor som stör arbetet. De ser att detta dels kommer minska oron hos patienter och anhöriga samt hur funktionen kommer avlasta sjuksköterskor och läkare som istället kan fokusera på att vårda och behandla.

”- Samtidigt tycker man att de här som är riktigt påstridiga kan vara besvärande, men då är det nåt fel.

- *Jaa, och jag tänker också jag tror att vi slipper det om vi förekommer. Om vi faktiskt är de som kontaktar anhöriga och säger att vi är tacksamma för er och visar er som en resurs. Om vi förmedlar det oavsett hur man säger det så tror jag inte du har de här samtalen för att de ringer och stör i tid och otid.*
- *Och de har mkt tyckande och åsikter hit och dit, att se dem som en resurs och få dem att känna sig som en resurs, då kommer att inte vara stökiga.”*
(ur gruppdiskussion augusti 2018)

Sammanfattningsvis kan sägas att genom att öka förutsägbarheten och tillgänglighet av information ökas också tryggheten för patient/brukare/närstående, på så vis tillåts också personalen att fokusera på sina arbetsuppgifter. Genom att öka delaktigheten vid inskrivning ges patienten möjlighet att vara med att ta ansvar för sin egen process.

Samverkan genom personcentrering

Den personcentrerade vården förutsätter på ett annat sätt än den konventionella medicinska praktiken samverkan mellan olika enheter i vårdkedjan eftersom patientens upplevelser utgörs av dess resa genom vårdkedjan och inte enbart specifika vårdsituationerna hos enskilda enheter.

"Det talande är ju ändå patienten, att även om vi tycker det är klara insatser så är det ju ett ormbö [...] när man ser det här så förstår man ju hur komplext allting är och det är konstigt att det inte blir tokigt och miss i alla kommunikationer..." (ur gruppdiskussion efter aktörskartläggningen juni 2017)

Flera av teamen lyfter fram hur projektets struktur möjliggjorde och skapade samverkan mellan enheter och huvudmän. Något som de utifrån att ha tagit till sig patientens perspektiv ser som nödvändigt, men också svårt. När deltagarna från sina olika verksamheter och professioner kommer till liknande insikter efter intervjuer och observationer skapas en gemensam förståelse för de situationer de ska arbeta med tillsammans.

"Jag kan tycka att det gick ju inte ihop sig så bra för mig att lyfta in delaktigheten i trygg och effektiv. Det är ju en viktig del, men jag kände ju att vi inte jobba med fokus på delaktighet på något vis inom kommunen. Utan vi jobbar ju bara inom våra stuprör på nåt vis. Vi tittar [vanligtvis] på organisation, inte på patientprocess. Och det kan jag tycka att det har vi ju lyckats vända [...] i den här processen, som det har utvecklats till."
(deltagare från kommun, uppföljningsintervju våren 2018)

Det nya arbetssättet utgår från brukarens behov och kräver tillit och respekt mellan olika professioner, även om dessa alla är inom kommunen. Som exempel kan tas teamet Sörmlands hjärta från Flens kommun som observerade när brukare togs emot i hemmet av hemtagnings-teamet. Utifrån det formades insikten att brukaren inte behöver möta alla professioner på en gång. Istället tar en person emot och installerar personen i hemmet och först lite senare när personen landat kopplas övriga in.

Framförallt i PESE-teamets lösningar har rutiner för ökad samverkan mellan sluten- och öppen-vård varit en viktig del i det resultat de kommit fram till. Även andra team har lyft fram hur samverka under arbetet möjliggjort för dem att förstå flera perspektiv i utskrivningsprocessen som de därmed kunnat ta hänsyn till även om slutresultaten inte fokuserar på just denna samverkan. Exempelvis påpekar teamet Ort.kom värdet av att ha haft med kompetens från kommunens biståndshandläggare i teamet. Det har lett till en ökad förståelse för vad kommunen kan bidra med i fråga om kunskap om patientens behov och förutsättningar vilket kan påverka planeringen kring utskrivningen. Det har också tydliggjort vad kommunen behöver veta och vilken framförhållning de behöver för att på ett effektivt sätt kunna förbereda för en trygg hemgång för patienten.

I projektet blev det tydligt att arbetet med metoden aktörskartläggning stöttade verksamheter-nas insikt i vikten av samverkan och också vilka det är de behöver samverka med för att skapa en smidig resa med patienten utifrån dennes perspektiv. I metoden fick deltagarna fysiskt lägga kort med patient/anhöriga och olika professioner och rita vilka relationer som fanns. I ett fall ledde inga relationer direkt mellan profession och patient, utan mellan olika medarbetare och verksamheter. Citatet nedan exemplifierar hur den egna rollen tydliggörs när kontaktvägar och personer visualiseras:

"Vi blev ju varse att vi rundade patienten lite..., vi har ett jobb att göra."
(ur presentation av aktörskartläggning, juni 2017)

En annan aspekt av riktlinjerna och deras utformning som framkommit i diskussionerna i och mellan teamen är deras perspektiv i förhållande till de olika lagrum de lyder under. Kommunerna lyder under Socialtjänstlagen (SoL) (SFS 2001:453) och landstinget Hälso- och sjukvårdslagen

(HSL) (SFS 2017:30). Samverkan i projektet har hjälpt de enheter och verksamheter som deltagit att förstå förutsättningarna och behoven hos dem de behöver samverka med. Det innebär exempelvis att se förutsättningarna utifrån de olika lagrum de befinner sig i beroende på om verksamheten tillhör hälso- och sjukvården eller socialtjänstens vård och omsorg. I diskussioner inom och mellan teamen har det framkommit att det finns viss okunskap vad dessa olika lagrum innebär – att personal från verksamheter i landstinget inte är bekanta med SoL och vice versa – och att detta i vissa fall innebär att patienter/brukare får fel besked. En situation som återkommit som exempel är att tilldelningen av en korttidsplats eller hemtjänstinsats som föregås av en prövning är ett myndighetsbeslut, och inte något som kan utlovas av slutenvårdens personal. Viss personal som deltagit i projektet och som arbetar i kommunerna uppfattar att riktlinjerna framförallt är skrivna från ett HSL perspektiv.

Sammanfattningsvis kan sägas att de riktlinjer som projektet har arbetat med inte kan ses som personcentrerade. Dock har verksamheterna med stöd av tjänstedesign skapat arbetssätt som svara mot riktlinjerna *och* är personcentrerade genom att de utgår från patientens perspektiv och gör denne delaktig i processen kring utskrivningen. Dessutom har arbetssättet stöttat dem genom att skapa samverkan.

Summerande reflektioner

Utgångspunkten för detta projekt var att genom tjänstedesign utveckla personcentrerat förhållnings- och arbetssätt, samt att detta skall avspeglas i riktlinjedokumentet. Projektet har bland annat bidragit till att riktlinjerna har bytt namn till Trygg hemgång och effektiv utskrivning, den direkta påverkan på riktlinjerna i övrigt är som nämnts svår att bedöma. Ett personcentrerat arbetssätt finns med i värdegrunden som presenteras på s. 4 i riktlinjedokumentet, patienten är nu synlig i de flesta processkartorna, men som passiv mottagare av vård och omsorgsinsatser.

Riktlinjerna tydliggör de olika aktörernas roller och informationsansvar, men främjar inte i sig ett samverkande och tillitsfullt arbetssätt med patientens behov och resurs som centrala pusselbitar. De fokuserar på hur och när information om patient/brukare ska samlas in och föras vidare mellan professioner och verksamheter.

Utifrån ett synsätt där värde samskapas av medverkande aktörer och övriga resurser är det slående hur frånvarande icke-anställda såsom exempelvis patient, brukare, anhöriga inom vård/omsorg är i riktlinjedokumentet. När de nämns är det i en passiv mottagande roll. Till skillnad från detta går det som en röd tråd genom teamens arbete att information till patient/anhörig är central för tryggheten, och att avsaknaden av information och förutsägbarhet minskar patienternas möjlighet till delaktighet. Teamens arbete visar också att en trygg patient/brukare frigör resurser för vårdens och omsorgens personal att arbeta effektivt. Den tryggheten kan säkerställas både av personal och av anhöriga.

Det går som nämnts inte att genom enkäten avgöra om deltagarna har förflyttat sitt förhållningssätt gällande personcentrering. Lösningförslagen utgår från de enskildas behov, och är i sig exempel på personcentrerade arbetssätt. I de fall där de integreras i verksamheterna blir de del av de rutiner som stödjer intentionen med lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Bedömningen är att de team som hade en tydlig sammansättning från start, innehöll någon eller några former av chefsfunktion samt hade ett uttalat stöd från verksamheternas ledning, har haft större möjligheter att vidareutveckla arbetet efter projektets avslut.

Patienter, anhöriga och närstående?

Titeln på rapporten och studien tar avstamp i ett patient- och närståendeperspektiv. Vi har under arbetets gång inte använt begreppet närstående utan har som forskare och författare anammat det språk som dem vi arbetat tillsammans med i följe- och interventionsforskningen. Där har anhöriga, patienter, brukare och enskilda varit mer förekommande.

I den kvalitativa delen av jämförelsen med 2017 års baslinjemätning (Vingare m.fl., 2018) nämns i korthet patienternas oro och missnöjdhet i relation till dålig framförhållning och information. Det är samstämmigt med de resultat som teamens arbete kommit fram till och som rapporten beskrivit. Detta forskningsprojekt har inte haft möjlighet att undersöka patienter/brukares upplevelse av förändrade arbetssätt och riktlinjer. De verktyg som används för direkt kommunikation med patienter/brukare som till exempel webbkollen har olika underlag för sina frågor i jan 2017 och jan 2018. Det är därför mycket svårt att göra en jämförelse. Likaså har inte riktlinjer, medföljande arbetssätt och tekniska lösningar implementerats fullt ut i verksamheterna under projektets löptid.

Referenser

Skrifter

- Arvola, M., Blomkvist, J., Holmlid, S., & Pezone, G. (2012). *A service walkthrough in Astrid Lindgren's footsteps*. In ServDes. 2012: Service Design and Innovation Conference, Espoo, Finland, February 8-10, 2012 (pp. 21-29). Linköping University Electronic Press.
- Bason, Christian. (2010) *Leading public sector innovation: co-creating for a better society*. Bristol, UK: Policy Press.
- Bailey, Jocelyn. (2016) *A View from the Other Side: UK Policymaker Perspectives on an Emergent Design Culture*. In Service Design Geographies. Proceedings of the ServDes2016 Conference, 14–26. Linköping University Electronic Press
<http://www.ep.liu.se/ecp/article.asp?issue=125&article=002>. Hämtad 2016-06-10
- Balint, E. (1969) *The possibilities of patient-centered medicine*. The Journal of the Royal College of General Practitioners, 17(82), 269-276.
- Bitner, M. J., Ostrom, A. L., & Morgan, F. N. (2008). *Service blueprinting: a practical technique for service innovation*. California management review. 50(3), 66-94.
- Björgvinsson, E., Ehn, P., & Hillgren, P. A. (2012) *Design things and design thinking: Contemporary participatory design challenges*. Design Issues, 28(3), 101-116.
- Buchanan R. (1992) *Wicked problems in design thinking*. Design Issues. 8(2):5-21.
- Blomkvist, J., Holmlid, S., & Segelström, F. (2010) *Service design research: Yesterday, today and tomorrow*. In Stickdorn M. & Schneider J. (Eds.), *This is service design thinking*. Amsterdam: BIS Publishers. 308–315.
- Brown T. (2009) *Change by Design: How Design Thinking can Transform Organizations and Inspire Innovation*. NY: Harper Business
- Čaić, M., Odekerken-Schröder, G., & Mahr, D. (2018). *Service robots: value co-creation and co-destruction in elderly care networks*. Journal of Service Management, 29(2), 178-205.
- Carr, V. L., Sangiorgi, D., Büscher, M., Junginger, S., & Cooper, R. (2011) *Integrating Evidence-Based Design and Experience-Based Approaches in Healthcare Service Design*. HERD: Health Environments Research & Design Journal 4, no. 4 (July 1, 2011): 12–33.
<https://doi.org/10.1177/193758671100400403>. Hämtad 2016-11-30
- Dorst, K., & Cross, N. (2001) *Creativity in the design process: co-evolution of problem–solution*. Design studies. 22(5), 425-437.
- Ehn, P. (1988). *Work-oriented design of computer artifacts* (Doctoral dissertation, Arbetslivscentrum).
- Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014) *Tillämpning av personcentring inom hälso-och sjukvården*. In Ekman I., (Ed.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber. 69–94.
- Fransson M, Quist J. (2014) *Tjänstelogik för offentlig förvaltning: En bok för förnyelsebyråkrater*. Stockholm: Liber
- Greenwood, D. J., & Levin, M. (2006) *Introduction to action research: Social research for social change*. SAGE publications.
- Grönroos C. (2011) *Value co-creation in service-logic: A critical analysis*. Marketing Theory. 11(3):279.
- Hafskjold, L., Sundler, A. J., Holmström, I. K., Sundling, V., van Dulmen, S., & Eide, H. (2015) *A cross-sectional study on person-centred communication in the care of older people: the COMHOME study protocol*. BMJ Open, 5(4), e007864.

- Hartley J. (2005) *Innovation in governance and public services: Past and present*. Public money and management. 25(1):27-34.
- Holmström, I., & Röing, M. (2010) *The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts*. Patient Education and Counseling, 79(2), 167-172.
- Key, E. (1899). *Skönhet för alla [Beauty for all]*. Stockholm: Bonnier.
- Kimbell, L, & Macdonald, H. (2015) *Applying Design Approaches to Policy Making: Discovering Policy Lab*. Brighton: Center for Research and Development Faculty of Arts, University of Brighton, https://researchingdesignforpolicy.files.wordpress.com/2015/10/kimbell_policylab_report.pdf Hämtad 2016-04-11
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013) *What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing*. Journal of Advanced Nursing, 69(1), 4-15.
- Krippendorff K. (2006) *The semantic turn: a new foundation for design*. Boca Raton, FL.: CRC Press
- Lindström, Anna, Josefina Fogelin, Christine Feuk, and Camilla Eriksson. *Förändra Radikalt- Gör Annorlunda, Bättre Och Billigare*. SKL, 2015. <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5415.pdf?issuusi=ignore>. Hämtad 2016-11-30
- Legeby, M., McAleenan, P., Andersson, H., & Holmlid, S. (2018, July). *Guiding the welfare state towards a co-creative and explorative mindset: When a crisis is an opportunity*. In ServDes2018. Service Design Proof of Concept, Proceedings of the ServDes. 2018 Conference, 18-20 June, Milano, Italy (No. 150, pp. 612-628). Linköping University Electronic Press.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007) *Person-centredness: conceptual and historical perspectives*. Disability and Rehabilitation, 29(20-21), 1555-1565.
- Malmberg, L. (2017) *Building Design Capability in the Public Sector: Expanding the Horizons of Development*, Vol. 1831. Linköping: Linköping University Electronic Press. <https://doi.org/10.3384/diss.diva-134167>
- Malmberg L., Rodrigues V., Lännerström L., Wetter-Edman K., Vink J., Holmlid S. (2019) *Service design as a transformational driver towards person-centered care in healthcare*, in: Pfannstiel M. A., Rasche C. (Eds.), *Service Design and Service Thinking in Healthcare and Hospital Management: Theory, Concepts and Practice*, Springer International Publishing AG, Cham, pp. (in print).
- Malmberg, L., & Wetter-Edman, K. (2016) *Design in public sector: Exploring antecedents of sustained design capability*. In 20th DMI: Academic Design Management Conference-Inflection Point: Design Research Meets Design Practice, Boston, USA, July 22-29, 2016, pp. 1286-1307. Design Management Institute (Ed.).
- Markussen, T. (2013) *The disruptive aesthetics of design activism: enacting design between art and politics*. Design Issues, 29(1), 38-50.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006) *Development of a framework for person-centred nursing*. Journal of Advanced Nursing, 56(5), 472-479.
- McNabola, A., Mosley, J., Reed, B., Bisgaard, T., Jossiasen, A. D., Melande, C., Whicher, A., Hytönen, J., & Schultz, O. (2013) *Design for Public Good*. Design council. <https://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/Design%20for%20Public%20Good.pdf> Hämtad 2018-08-30
- Mead, N., & Bower, P. (2000). *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. Social Science & Medicine, 51(7), 1087-1110.
- Meroni, A., & Sangiorgi, D. (2011). *Design for services*. Surrey: Gower Publishing.
- Mulgan, Geoff. (2014a) *Innovation in the Public Sector—how can public organisations better create, improve and adapt?* London:Nesta

- Mulgan G. (2014b) *Design in public and social innovation—what works, and what could work better*. London:Nesta
- Norman DA. (1998) *The design of everyday things*. London: MIT; 1998.
- Normann, R., & Ramirez, R. (1993) *From value chain to value constellation: Designing interactive strategy*. Harvard business review, 71(4), 65-77.
- Osborne SP. (2010) *The new public governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*: Routledge
- Osborne SP, Radnor Z, Nasi G. (2013) *A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach*. The American Review of Public Administration. 43(2):135-58.
- Patrício, L., Fisk, R. P., & Falcão e Cunha, J. (2008). *Designing multi-interface service experiences: the service experience blueprint*. Journal of Service Research, 10(4), 318-334.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2001) *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. Sage.
- Rodrigues, V., & Vink, J. (2016) *Shaking up the status quo in healthcare: Designing amid conflicting enacted social structures*. In: Relating Systems Thinking and Design Symposium (RSD). 13-15 October, OCAD University, Toronto, Canada. Available at <http://open-research.ocadu.ca/id/eprint/1928/>
- Sanders EB-N, Stappers PJ. (2008) *Co-creation and the new landscapes of design*. CoDesign. 4(1):5-18.
- Sangiorgi, D. (2011). *Transformative services and transformation design*. International Journal of Design, 5(2), 29-40.
- Sangiorgi, D. (2014) *Designing for Public Sector Innovation in the UK: Design Strategies for Paradigm Shifts*. Foresight 17, no. 4 (July 14, 2015): 332–48. <https://doi.org/10.1108/FS-08-2013-0041>. Hämtad 2016-06-17
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). *An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis*. PloS one, 9(9), e107828.
- Segelström F. (2013) *Stakeholder Engagement for Service Design. How service designers identify and communicate insights*. Linköping, Sweden: Linköping University
- Slater, L. (2006) *Person-centredness: a concept analysis*. Contemporary Nurse, 23(1), 135-144.
- Steen M. (2013) *Co-design as a process of joint inquiry and imagination*. Design Issues. 29(2):16-28.
- Stickdorn, M., Hormess, M. E., Lawrence, A., & Schneider, J. (2018). *This Is Service Design Doing: Applying Service Design Thinking in the Real World*. O'Reilly Media, Inc."
- Swiatek, Piotr. (2016) *Supporting Public Service Innovation Using Design In European Regions, April 5* http://www.thespiderproject.eu/wp-content/uploads/2016/04/SPIDER_EvaluationReport_V1_March2016.pdf. Hämtad 2016-04-11
- Vargo SL, Lusch RF. (2004) *Evolving to a new dominant logic of marketing*. Journal of Marketing. 68(1):1-17.
- Vargo SL, Maglio PP, Akaka MA. (2008) *On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective*. European Management Journal. 26:145-52
- Vink, J., Wetter-Edman, K., & Aguirre, M. (2017) *Designing for aesthetic disruption: Altering mental models in social systems through designerly practices*. The Design Journal, 20(sup1), S2168-S2177.
- Vårdanalys. (2016) *Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Contract No.: 2016:1.

- Wetter-Edman, K. (2011). *Service design: a conceptualization of an emerging practice*. (Licentiate thesis), University of Gothenburg, Gothenburg. Retrieved from <http://gupea.ub.gu.se/handle/2077/26679> (28)
- Wetter-Edman, K. (2012). *Relations and rationales of user's involvement in service design and service management*. In S. Miettinen & A. Valtonen (Eds.), *Service Design with Theory. Discussions on Change, Value and Methods: Satu Miettinen* (pp. 107-116). Rovaniemi 978-952-484-551-9978-952-484-551-9. Lapland University Press.
- Wetter-Edman, K., Sangiorgi, D., Edvardsson, B., Holmlid, S., Grönroos, C., & Mattelmäki, T. (2014). Design for value co-creation: Exploring the synergies between design for service and service logic. *Service Science*, 6(2), 106-121.
- Wetter-Edman, K., & Malmberg, L. (2016, Maj). *Experience and expertise: key issues for developing innovation capabilities through service design*. In *Service Design Geographies. Proceedings of the ServDes. 2016 Conference* (No. 125, pp. 516-521). Linköping University Electronic Press.
- Wetter-Edman, K., & Malmberg, L. (2018) *Insecure and Inefficient - employees' experience of wickedness in design work*. Paper presented at the 5th Pin-C, Eskilstuna, 9-11 January
- Wetter-Edman, K., Vink, J., & Blomkvist, J. (2018). *Staging aesthetic disruption through design methods for service innovation*. *Design Studies*, 55, 5-26.
<https://doi.org/10.1016/j.destud.2017.11.007>.
- Yu, E., & Sangiorgi, D. (2017). *Service design as an approach to implement the value cocreation perspective in new service development*. *Journal of Service Research*, 21(1), 40-58.
- Yu, E., & Sangiorgi, D. (2018). *Exploring the transformative impacts of service design: The role of designer-client relationships in the service development process*. *Design Studies*, 55, 79-111.
<https://doi.org/10.1016/j.destud.2017.09.001>

Webbkällor

- Forssell, H., & Eriksson, H. (2018) *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården. Baslinjemätning vecka fem och sex, 2017*. Forskning och Utveckling i Sörmland, HYPERLINK <https://www.fou.sormland.se/media/1296/trygg-och-effektiv-utskrivning-baslinjematning-2017.pdf> Hämtad 2018-06-15
- Vingare, E-L., Forssell, H., & Eriksson, H. (2018) *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården 2018. Lägesbeskrivning vecka fem till och med åtta samt en jämförelse med 2017 års baslinjemätning*. <https://www.fou.sormland.se/materialpublicerat/rapporter/>
- GPCC Centre for person-centred care 2017 [18 oktober]. Available from: <http://gpcc.gu.se/english>. Hämtad 2018-06-15
- SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslag* https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- SFS, 2017:612. *Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612, Hämtad 2017-08-01
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlag* https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453, Hämtad 2018-06-15
- SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*, Stockholm, 2018-08-30 <https://www.regeringen.se/49bbd8/contentassets/0538012e9e164acda95527da785022e4/trygg-och-effektiv-utskrivning-fran-sluten-var-d-utredningen-om-betalningsansvarslagen>

Bilagor

Bilaga 1 – Projektrapport 20180202

Bilaga 2 – Enkät

Bilaga 3 - Intervjuguider

Sammanfattande projektrapport: Trygg och effektiv utskrivning från ett patient- och närståendeperspektiv

2018-02-02

Den här rapporten beskriver projekt delen av följe- och interventionsforskningsprojektet Trygg och Effektiv utskrivning från ett patient- och närståendeperspektiv som beviljades av Länsstyrgruppen 1 februari 2017. Projektledaren har rapporterat löpande till både sekretariatet och riktlinjegruppen, samt deltagit i möten med dessa. Denna rapport är en sammanställning av projektresultat, identifierade utmaningar i arbetet med riktlinjerna och deltagarnas upplevelse av medverkan i projektet. Forskningsrapport med fördjupade reflektioner och forskningsbaserade resultat rapporteras och presenteras i augusti/september 2018.

Bakgrund

Projektets syfte

I syftet med projektet var att med tjänstedesign som metod:

- Föreslå och undersöka vilka nya arbetssätt, verktyg och förhållningssätt som bäst underlättar för organisationerna att ta till sig de nya riktlinjerna på ett patientcentrerat arbetssätt.
- vilka förändringar som behöver göras av riktlinjerna och/eller i de deltagande verksamheterna för att uppnå en effektiv och trygg utskrivning från ett patient/närståendeperspektiv.

Projektet genomfördes genom att bjuda in till en utvecklings och innovationsprocess med team bestående av deltagare från de olika huvudmän och verksamheter som är involverade i utskrivningsprocessen. Intentionen var att samla team med god spridning över hela länet, samt med koppling till länets 3 sjukhus, och att det skulle finnas deltagare från vårdcentral, slutenvård och relevanta kommunala funktioner i varje team.

Processledare/coacher från FoU i Sörmland och utvecklingsenheten i Landstinget Sörmland har stöttat arbetet tillsammans med 2 doktorander från Linköpings universitet och Karlstad universitet.

Resultat

Inbjudan gick ut i mars, och projektet startades upp i slutet av april 2017. Från början deltog 27 personer, fördelade på 6 team, och vid avslutet 22/11 presenterades arbete från 8 team och totalt 55 personer har deltagit i arbetet. Vid den öppna avslutningen deltog ca 100 personer inkluderat projektdeltagarna.

Under projekt tiden har teamen deltagit vid fem workshoppar, varav tre gemensamma samt ytterligare teamträffar med coacher. Projektet har använt tjänstedesign som metod, vilket innebär att teamen har undersökt sina utmaningar utifrån användarens perspektiv. Utifrån de insikter som kommit fram i kontakten med användarna har idéer genererats. Idéerna har konkretiserats och prototyper har byggts som sedan testats i verksamheterna.

			Landsting			Kommunal
		Antal deltagare	sluten	öppen	VC	vård/omsorg/ socialförvaltn
Västra	2 team	13	4		1	8
Norra	3 team	24	2	7	4	11
Södra	3 team	18	12	3	1	2
		55	18	10	6	21

Teamens arbete

Arbetet med visioner, insikter och utmaningar har delats mellan teamen vid olika tillfällen. Nedan sammanfattas de viktigaste av dessa, som också återkommer i flera av de lösningarna som föreslås. Sammanfattningsvis kan vi konstatera att teamen genomgående har haft ett mycket positivt engagemang, arbetsglädje, de vill mycket!

Övergripande insikter i arbetet är att:

- för patienten handlar det om att komma hem, snarare än att vården ska skriva ut
- trygghet för patient/brukare är att veta vad som kommer att hända, förutsägbarhet, kontinuitet
- insikt om värdet av samverkan, frustration över svårigheten
- utmaningen att identifiera patienter inom "gulprocess"
- anhöriga och närståendes roll

Exempel på några visioner för förändringsarbetet som teamen formulerat:

- Att skapa en trygg och smidig resa för patienten genom vårdkedjan
- Patienten är på rätt plats med rätt insatser så att den når sina mål
- Patient och anhörig är väl informerade, samtliga aktörer vet vad de ska göra och inget glöms bort
- En samordnad utskrivningsprocess som tillvaratar patientens och anhörigas resurser
- Trygga och självständiga brukare
- Tryggare övergång för patienten mellan öppen och slutenvård

Utmaningar som identifierats:

- Patientens/brukarens delaktighet i sin egen utskrivningsprocess
- Samordning inom slutenvården inför hemgång
- Hemkomsten till kommunal vård & omsorg
- Trygghets- och informationsgap
- Identifiering av patienter i gul process

Lösningarna syftar till:

- Öka patienter och anhörigas delaktighet
- Öka trygghet genom förutsägbarhet och tydlighet
- Åstadkomma samordning inom slutenvården
- Öka samverkan mellan huvudmän och vårdgivare
- Minska överinformation och informationsstress



Västra Ländelen

Team: Gul process, KSK

Deltagare från slutenvård, primärvård och kommunal omsorg.

Målgrupp: patienter som behöver hjälp dag 1/gul patient

Utmaning: Öka delaktigheten av och trygghet hos anhöriga och patienter inför hemgång.

Insikt: Trygghet handlar om att vara förberedd.

Lösning som testas: Ett samtalsunderlag där personal pratar med patienten/anhöriga om bredare frågeställningar kring förväntad tid på avdelning, livssituationen och vardagen hemma, under tiden patienten är inneliggande.

Team: Sörmlands hjärta, Flen

Deltagare från kommunens olika funktioner på chefsnivå.

Målgrupp: Brukare som återgår till hemmet med hemgångsteam

Utmaning: Utveckla rutiner för hemtagningsteamet för tryggare och mer självständiga brukare

Insikter: Bland annat att den enskilde har svårt att ta in mkt information och att det blir förvirrande med många personer precis vid hemkomst.

Lösning som testas: Att färre personer (1-2) från kommunens hemtagningsteam möter den enskilde vid hemkomst, gör en första bedömning, därefter kopplas övriga professioner på efter behov.

Norra Ländelen

Strängnäs - Korttidsboende

Deltagare från kommunens olika funktioner kopplat till korttidsboende.

Målgrupp: Personer som passerar korttidsboende

Utmaning: Tydliggöra förväntningar på vad korttidsboende innebär, både hos patienter och anhöriga. Målsättningar för träning, vård, och vistelsetid. Öka delaktighet av brukare i sin korttidsvistelse.

Insikter: Brukaren vet inte vilka biståndsbeslut som finns. Ex. så skickas HSL beslut hem till brukaren som åker direkt till korttidsboende och därför inte har tagit del av sitt beslut.

Lösning som testas: Biståndshandläggare pratar med brukaren om målen med vistelse på korttids. Sjuksköterska kallar till gemensamt planeringsmöte vid ankomst till korttids där brukaren är med (intern SIP).

Team: PESE, psykiatrisk öppenvårdsmottagning, Eskilstuna

Deltagare från öppenvård, kompletterades på slutet med deltagare från slutenvården.

Målgrupp: Patienter i behov av psykiatrisk ÖV/SV

Utmaning: Omstrukturera resurser för att bättre möta patientbehov.

Insikter: Det uppstår glapp för patienten när denne skrivs ut från slutenvården och innan denne får stöd av öppenvården.

Lösningar som testas: Teamet testar ett flertal nya arbetssätt och rutiner som bland annat omfattar: team som tar hand om nya patienter innan de tilldelas fast team, nya rutiner för inskrivningsmeddelande öppen och slutenvård, förberedelse och koordineringsmöten inför SIP.

Team: Skiftinge, kronisk psykiatrisk och somatisk problematik

Deltagare från primärvård och Eskilstuna kommun.

Målgrupp och utmaning: Personer som har en kombination av kronisk somatisk och psykiatrisk problematik hamnar ofta mellan olika vårdgivare.

Insikter: Individ saknar förmåga till egen samordning, allvarliga konsekvenser för individens hälsa.

Lösning som testas: Förändrat arbetssätt hos både kommunen och vårdcentralen för att förbereda patienten bättre inför besök och att bättre följa upp besöket. En besöksguide/bok som samlar information från både psykiatri och somatik har testats.

Testresultat: kanske inte för alla patienter. Skall testas på fler. Dock kvarstår behov av samordning av och mellan olika vårdgivare med patientens behov i centrum.

Södra länsdelen

Team: Trygg samverkan, Nyköping

Deltagare från öppenvård, primärvård och kommunal omsorg.

Målgrupp: Gula patienter inom somatiken och psykiatrin

Utmaning: Patienternas behov av information inför SLP och hemgång. Minska oron i samband med hemgång för patienter som kommer att ha uppföljning och fortsatt vårdinsats som planeras i hemmet.

Insikt: Patienterna vet ej vem de ska kontakta när de kommer hem de har information men begränsad överblick av den.

Lösning: En enkel avskalad informationsblankett om att patienten kommer att bli kontaktad inom tre dygn och telefonnummer de kan ringa om de har frågor eller funderingar innan dess.

Lösningen har cirkulerats för feedback hos personal som tror på den och gillar den kortfattade enkla informationen eftersom de känner igen det behovet hos sina patienter.

Team: AVA, akutsårdsavdelning Nyköpings lasarett

Deltagare från slutenvård.

Målgrupp: Patienter i gul process

Utmaning: Hitta en struktur och funktion som involverar anhöriga i processen. En funktion/person som har mandat.

Insikt: Anhöriga har en viktig roll, anhöriga en resurs.

Lösning: Samordningsfunktion på avdelningen som finns tillgänglig för patient och anhöriga under vårdtiden.

Team: Ort.kom 2.0, ortopedavdelning Nyköpings lasarett

Deltagare från slutenvård och kommunal omsorg.

Målgrupp. Patienter med höftfraktur i gul process.

Utmaning: Arbetssätt som stöttar ny struktur i anamnestagning och samverkan med kommunens hemtjänstpersonal

Insikter: Patienten inte delaktig, upplever glapp mellan huvudmän

Lösning som testas: Nya rutiner i samband med anamnestagning och en uppdatering av OVA-mall samt ökad användning av denna vid anamnestagning och dels en dagbok. Dessa nya rutiner väntas bidra till att underlätta planering av utskrivning eftersom en tydligare bild av förutsättningar kan fås i ett tidigt skede. Förslag på en utskrivningssamordnare som håller samman processen från anamnestagning och inskrivning till hemgång.

Utvärdering av projektet:

Deltagarnas upplevelse:

Utvärdering av projektet visar att (svarsfrekvens 33 av 40):

- 70 % av deltagarna i enkäten är helt eller till stor del nöjd med det stöd de fått i sin utmaning
- 61 % var helt eller till stor del nöjd med att använda tjänstedesign som metod i sin utmaning
- 85 % var helt eller till stor del nöjd med det resultat som deras team kommit fram till

Deltagarna framhöll att arbetet har inneburit att de samverkat med olika professioner, fördjupa sig i patient/brukar behov och att våga låta det ta lite tid att komma fram till idéerna. De beskriver att de lärt sig om hela kedjan och hur det fungerar på 'andra sidan' och nämner även att arbetet hjälpt till att skapa kontinuitet och samverkan mellan slutenvård och öppenvård. Tjänstedesign var en bra och användbar metod som upplevdes som rolig och kreativ, där de upplevt stort engagemang där alla deltagit med kunskap och kompetens. Flera nämner även att de ser projektet som bra kompetensutveckling om förändringar inför ny lagstiftning, nya arbetssätt och personcentrering.

Det som upplevdes mindre bra med projektet var att flera deltagare önskade bättre framförhållning i planering samt även mer direkt handledning. Vissa deltagare har upplevt att projektet hade kunnat förkortats och att det har varit många omtag. Utmaningar som nämns är framförallt svårigheten att få in aktörer från olika verksamheter, det vill säga att få till samverkan.

Några tankar från projektledningen

Projektriggningen

Den snabba uppstarten gjorde det svårt att få den spridning av deltagare och etablerade team från början, teamen uppmuntrades att komplettera med önskad kompetens allteftersom, vilket även har skett. Det har även påverkat deltagarnas möjlighet att allokera tid i projektet. Vi ser även i likhet med den Förändra Radikalt process som löpt parallellt i länet att det har varit svårt att nå ut med information och instruktioner till projektgrupperna. Viktigt att utse ansvarig kontaktperson och klargöra hur kommunikationen kommer att gå till i början av projektet. Att arbeta med tjänstedesign skiljer sig på flera sätt från mer traditionellt utvecklingsarbete. En del av deltagarna har upplevt delar av processen som 'flummig' och osäker. En tydligare introduktion sam en något fördjupad utbildning till någon i gruppen innan projektstart kunde underlätta arbetet.

Några identifierade utmaningar under arbetets gång:

Teamsammansättningen, det har fortsatt varit svårare än förväntat att få deltagare från kompletterande verksamheter och olika huvudmän. De allra flesta team har en tyngdpunkt inom kommunen eller landstinget. Vidare hade flera team svårigheter att hitta kontaktvägar in hos andra verksamheter resp. huvudman för att komplettera sina grupper. Projektledningen har agerat i vissa team, men det är ett uppenbart problem.

Eftersom det är svårt att få kontakt är det också svårt att få till samverkan. Både gällande detta projekt och mer generellt. Detta trots att personer på individnivå vet vem de ska kontakta så prioriteras inte frågan om samverkan, vår uppfattning är att individerna inte ser det som att de har mandat att lägga tid på detta.

Samordningssköterskor, finns med i 3 av 8 grupper. Vilket innebär att primärvården är relativt frånvarande i projektgrupperna.

Flera team arbetar med frågan kring att identifiera patienter i gul process. Märkningen av patienter i Prator vid inskrivningsmeddelande hade inte kommit igång vilket gjorde det svårt att för de övriga aktörerna att agera. Det finns en oro för att pat. röd-märks av säkerhetsskäl av slutenvården, vilket från kommunens sida ger stor resursinsats. I något team har det kommit fram att patienter uppfattas och även är *röda* inom slutenvården, men väl hemma släpper oro och de är snarare *gula* gällande resursbehov. Vilket ställer frågor kring hur/om märkning sker och om det kan ha bäring på när och eller hur ofta behovsbedömning av insatser ska ske.

Koppling till riktlinjerna

Utgångspunkten vid uppdragets början var att riktlinjerna var väl spridda och att verksamheterna hade påbörjat att arbeta enligt dem, parallellt med befintliga processer. Teamen skulle utifrån sina erfarenheter med att arbeta enligt riktlinjerna formulera utmaningar att undersöka vidare och utveckla nya arbetssätt kring. När arbetet startade i april visade det sig att endast ett fåtal hade påbörjat implementeringen av riktlinjerna i sina respektive verksamheter. Utgångspunkten för teamens respektive arbete blev då att i första hand undersöka trygghetsaspekten hos patient/brukare i relation till de utskrivningsprocesser som då var i bruk. Med insikter från det arbetet fortsatte teamen utvecklingen av nya arbetssätt i relation till riktlinjerna.

Kommuner och Landsting rör sig i olika lagrum (HSL och SoL), personal i kommunerna uppfattar att riktlinjerna är i skrivna framförallt med ett HSL perspektiv.

Riktlinjerna var skrivna med ett tydligt organisationsfokus, processen som vi arbetat med lägger fokus på pat/brukarperspektiv. Även om vikten av ett personcentrerat arbetssätt står tydligt initialt i riktlinjedokumentet så är följande processbeskrivningar uppdelade i delprocesser där det finns en risk att de olika aktörerna framförallt fokuserar sin egen del och helhetsperspektivet förloras.

Projektet har bidragit bland annat till att riktlinjerna har bytt namn till Trygg hemgång och effektiv utskrivning. Vilka andra förändringar som ev skett i riktlinjernas formuleringar som kan kopplas till projektet kommer vidare att undersökas under våren.

Sammanfattningsvis har lärandet mellan helt olika typer av verksamheter som deltagit varit spännande att följa och det ger också möjlighet att se samverkan som kanske inte skulle ha skett annars.

Samverkan mellan FoU i Sörmland och Utvecklingsenheten har upplevts positivt eftersom projektledning och coacher fått ta del av varandras arbetssätt, utbyta idéer och lösningar mellan olika verksamheter. Samarbetet kommer att fortsätta efter avslutat projekt. Se bifogat förslag i separat dokument.

/Katarina Wetter-Edman, Forskningsledare/Flexitforskare

Enkät personal personcentrerad vård, Trygg och effektiv utskrivningsprocess från ett närstående perspektiv

1) Jag jobbar på _____ (namnge din arbetsplats)

2) Jag har tidigare arbetat med tjänstedesignbaserade metoder?

Ja ____ Nej ____

Tänk på ditt arbete och din arbetsplats och ta ställning till i vilken utsträckning följande påståenden stämmer med din upplevelse. Markera ett alternativ per rad.

Begreppet personcentrerat finns med i frågorna. Att arbeta personcentrerat innebär att arbeta på ett sätt så att medborgaren blir sedd och respekterad som en jämlik partner, som möjliggör delaktighet och som utgår från brukaren/patientens/användarens förutsättningar, resurser och hinder. I texten nedan används *patient*, det inkluderar här brukare/användare/medborgare.

	1 Inte alls	2 Till liten del	3 Delvis	4 Till stor del	5 Helt	6 Inte aktuellt för mig
Patienten är en resurs i vården						
Vi ger patienten möjlighet att förbereda sitt besök hos oss						
Jag lyssnar på patientens berättelse innan jag börjar ställa frågor						
Jag har möjlighet att använda min professionella kunskap för att avgöra patientens behov						
Patienten och jag pratar om vad hen själv kan göra för att leva så bra som möjligt med sin sjukdom						
Patienten och jag samarbetar i vården						
Jag frågar patienten vad denne vill ha för information om sin sjukdom						
Jag planerar patientens vård tillsammans med patienten						
Patienten och jag pratar om vilket stöd denne önskar för att kunna leva så bra som möjligt med sin sjukdom						

Jag och mina kollegor...

	1 Inte alls	2 Till liten del	3 Delvis	4 Till stor del	5 Helt	6 Inte aktuellt för mig
Har formella möten/teammöten där vi diskuterar patienternas vård						
Diskuterar hur vi ska ge en vård som utgår från patientens behov						
Arbetar i team inom min egen yrkesroll						
Arbetar i team som inkluderar olika professioner/yrkesroller						
Arbetar i team som inkluderar personer från olika verksamheter						

	1 Inte alls	2 Till liten del	3 Delvis	4 Till stor del	5 Helt	6 Inte aktuellt för mig
På min arbetsplats arbetar vi personcentrerat						
På min arbetsplats har vi förutsättningar att arbeta personcentrerat						
Jag tycker det finns behov av förbättringsarbete på min arbetsplats						
Jag har möjlighet att arbeta med förbättringar på min arbetsplats						
Jag har tid att ge en vård som utgår från patientens behov						

	1 Inte alls	2 Till liten del	3 Delvis	4 Till stor del	5 Helt	6 Inte aktuellt för mig
Vi använder patienter som en resurs när vi utvecklar vården						
Mina arbetskamrater ser mig som en resurs på arbetsplatsen						
Min chef ser mig som en resurs på arbetsplatsen						

Tack för din medverkan!

Intervju 1

Juni 2017

Intervjun behandlar nedanstående områden:

Fetstil prioriterade områden

Om respondenten:

- **Frågor om yrke/roll Vad är din yrkesroll/yrke?**
- **Fråga om ansvar/roll i utskrivningsprocessen tidigare?**
- **Påverkar de nya riktlinjerna dig på ngt sätt? //NY//**
- **Fråga om erfarenhet av designbaserade projekt, eller andra liknande?**

Om projektarbetet:

- **Vad handlar ert projekt om? Ge din egen beskrivning**
- **Hur ser du på din kompetens, vad är din roll i projektgruppen?**
- **Hur tycker du det fungerar?**

Om arbetssättet:

- **Fråga om uppfattning om arbetet så här långt? /överlappar ev med sista frågan ovan**
- **Fråga om ngt speciellt sticker ut, positivt/negativt?**
- **Fråga om arbetssättet känns lätt/svårtillgängligt?**
- **Fråga om påverkan på det egna handlingarna i vardagspraktiken?**

Är det något annat du skulle vilja dela med dig av?

Intervju 2

Sep/Okt 2017

- Hur tycker du att det har varit att delta i det här arbetet?
- Skiljer det sig från utvecklingsarbete som du har varit med i tidigare? Om ja, i så fall hur?
- Kan du berätta om ngt som du tycker har gjort skillnad/överbaskat dig?

- Vad har varit svårast/jobbigast?
- Vad har var mest givande/roligast?

Intervju 3

April-juni 2018

Intervjun behandlar nedanstående områden:

Fetstil prioriterade områden

Om respondenten:

- yrke/roll Vad är din yrkesroll/yrke?
- ansvar/roll i utskrivningsprocesser tidigare?
- erfarenhet av designbaserade projekt, eller andra liknande? Eller någon form av utvecklingsprojekt/arbete?

Om projektarbetet:

- **Vad handlade ert projekt om? Ge din egen beskrivning**
- **Övriga kompetenser i teamet?**
- (Hur ser du på din kompetens, vad var din roll i teamet?)
- Hur tyckte du att det fungerade?
- **Har arbetet fortsatt? I så fall hur/varför-varför inte**

Om arbetssättet:

- **uppfattning om arbetssättet, designprocessen? Annorlunda? Hur?**
- **ngt speciellt stack ut, positivt/negativt?**
- **arbetssättet känns lätt/svårtillgängligt?**
- **något som förvånade/berörde speciellt?**

Om påverkan på respondenten eller dess omgivning:

Fråga om:

- respondenten sett några förändringar i andras/egna arbetssätt?
- påverkan på de egna handlingarna i vardagspraktiken?
- projektet har bidragit till förändring av några normer, roller, regler eller liknande

Fråga om:

- samverkan
- relation mellan projektet och riktlinjerna

Är det något annat du skulle vilja dela med dig av?