

## Min vårdtid

Personalens erfarenheter av implementeringen av ett  
semi-strukturerat verktyg för personcentrering av  
psykiatrisk heldygnsvård

Simon Stegerlind, ST-läkare, Specialistpsykiatri

[simon.stegerlind@kronoberg.se](mailto:simon.stegerlind@kronoberg.se)

Handledare: Birgitta Gunnarsson,

leg. arbetsterapeut, docent

Pamela Massoudi, leg. psykolog, fil.dr

# Sammanfattning

## Bakgrund

Det finns stöd för att personcentrerad vård ger bättre upplevd hälsa och kortare vårdtider. Ett semi-strukturerat skriftligt verktyg, ”Min vårdtid” har utvecklats och implementerats inom den allmänpsykiatriska heldygnsvården i Region Kronoberg för att stötta personal och patienter att öka patienters delaktighet i vårdprocessen.

## Syfte

Beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av implementering av ”Min vårdtid” i arbetet med patienter som vårdas inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård.

## Metod

Studien hade en kvalitativ ansats där omvårdnadspersonal (skötare och sjuksköterskor) intervjuades om sina erfarenheter av att arbeta med implementeringen av ”Min vårdtid”. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

## Resultat

Det framkom att deltagarna hade otillräckliga erfarenheter av arbetet med ”Min vårdtid” för att kunna se tydliga effekter av arbetet. Implementeringsprocessen hade inte resulterat i optimal spridning av arbetssättet och användandet av ”Min vårdtid”. Flera av deltagarna såg möjligheter i framtiden för arbetssättet med ”Min vårdtid” och det framkom förslag för att underlätta för fortsatt implementering av det nya arbetssättet.

## Slutsats

Ett semi-strukturerat verktyg så som ”Min vårdtid” skulle kunna bidra med tydlighet och redskap till patienter och personal inom psykiatrisk heldygnsvård, men implementeringen behöver ske på ett systematiskt sätt för att med tillförlitlighet kunna utvärdera eventuella effekter.

# Innehåll

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| Introduktion .....                      | 4  |
| Personcentrerad vård.....               | 4  |
| Allmänpsykiatrisk heldygnsvård .....    | 4  |
| Min vårdtid .....                       | 5  |
| Implementering.....                     | 5  |
| Syfte .....                             | 6  |
| Material och metod .....                | 7  |
| Design.....                             | 7  |
| Kontext.....                            | 7  |
| Deltagare .....                         | 7  |
| Datainsamling.....                      | 7  |
| Databearbetning .....                   | 8  |
| Etik.....                               | 8  |
| Resultat.....                           | 9  |
| Nulägesbeskrivning.....                 | 9  |
| Patienternas behov .....                | 9  |
| Sjukvårdens utmaningar .....            | 9  |
| Patientarbetet.....                     | 10 |
| Att arbeta med Min vårdtid .....        | 10 |
| Effekter av Min vårdtid.....            | 11 |
| Implementeringen.....                   | 12 |
| Bristande information och rutiner ..... | 12 |
| Implementeringen framöver.....          | 12 |

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Framtiden.....           | 13 |
| Förbättringsförslag..... | 13 |
| Möjligheter .....        | 14 |
| Diskussion .....         | 15 |
| Metoddiskussion.....     | 15 |
| Resultatdiskussion.....  | 16 |
| Slutsats .....           | 17 |
| Referenser.....          | 19 |
| Bilagor .....            | 21 |

# Introduktion

Studien har genomförts som ett vetenskapligt arbete enligt Socialstyrelsens målbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2015:8). Studien ämnar beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter av implementeringen av ”Min vårdtid”, ett semi-strukturerat skriftligt verktyg för att öka patienters delaktighet inom den allmänpsykiatriska heldygnsvården i Region Kronoberg.

## Personcentrerad vård

Sjukvården har sedan början av 2000-talet arbetat för att skifta perspektiv från fokus på specifika sjukdomar och organ till att sätta den enskilda patienten, personen, i centrum. Termen personcentrerad syftar till att patienter inte kan reduceras till sina diagnoser utan att de är personer med subjektiva viljor, mål, styrkor och rättigheter, vilket behöver tas i beaktande och användas för att möjliggöra en god vård och behandling.<sup>1</sup> Essensen i en personcentrerad vård är att fokusera på personen - med sina resurser och möjligheter – som drabbats av en sjukdom, som en aktiv deltagare i vårdprocessen, snarare än som en passiv mottagare av sjukvårdsinsatser.<sup>2</sup> En systematisk litteraturstudie som utvärderat effekten av personcentrerade vårdinsatser konstaterade att personcentrerad vård tycks leda till förbättringar av upplevd hälsa samt till kortare vårdtider.<sup>3</sup> Sedan 2016 har Region Kronoberg arbetat aktivt med att utveckla en mer personcentrerad vård där patienters delaktighet i planeringen och genomförandet av vården ska öka.<sup>4</sup>

## Allmänpsykiatrisk heldygnsvård

Det finns flera olika faktorer som är viktiga för patienter inom psykiatrisk heldygnsvård för god återhämtning och en god vård. Sådana faktorer kan vara fysiska så som en välanpassad avdelningsmiljö och möjlighet till utevistelse, men studier visar att goda relationer och interaktioner med personal är viktiga för patienter, som att bli respekterad som människa och att få vara delaktig i vården.<sup>5</sup> Det finns kända hinder både i form av att patienter inte får möjlighet att göras delaktiga<sup>6</sup> men det kan många gånger handla om att patienterna blir passiva mottagare av den vård som bereds

dem<sup>7</sup> eller att vården inte fokuserar på det som patienterna själva anser är viktigt som t.ex. vid ätstörning.<sup>8</sup>

Inom just psykiatrisk heldygnsvård kan personcentrerad vård beskrivas som att den har en *kultur* av att syfta mot ökad delaktighet för patienter, att de *relationer* som utvecklas mellan patienter och personal har en terapeutisk kvalitet som respekterar, stöttar och lyfter individen. Dessutom innebär personcentrerad vård att vården är fokuserad på patienternas *återhämtning*, där målet är att patienter ska kunna få stöd i att återskapa och/eller återkonceptualisera sina liv.<sup>9</sup> Det finns önskemål inom allmänpsykiatri i Region Kronoberg, både från avdelningsledningens och omvårdnadspersonalens sidor, att vidta åtgärder för att vården ska bli mer personcentrerad. Även i ett större perspektiv har behovet av att personcentrera vården lyfts som en viktig del i att göra vården mer jämlik.<sup>10</sup> Vid en sökning i CINAHL på ”person centered care” AND ”psychiatry”, 26 september 2022, som gav 103 resultat, gick det inte att hitta någon publicerad studie där något skriftligt verktyg har använts av patienter inom psykiatrisk heldygnsvård kopplat till personcentrering av vården, varför den här studien kan bidra med ökad kunskap.

## Min vårdtid

Som stöd för att omvårdnadspersonalen ska kunna delaktiggöra patienterna och lyfta de personliga omständigheterna, önskemålen, styrkorna och målsättningarna, har ett semi-strukturerat verktyg; ”Min vårdtid” (Bilaga 1), utvecklats i samarbete med ansvarig överläkare för avdelningen och avdelningschef. Användandet av ”Min vårdtid” innebär att patienterna förses med ett kompendium med frågeställningar och samtalsområden som utgör ett stöd för både patienter och personal där fokus ligger på patientens perspektiv genom hela vårdprocessen. Kompendiet berör utlösande faktorer, personliga omständigheter, egna önskemål och målsättningar, vårdens innehåll och effekter, planering för återgång till hemmet och uppföljande vård. Grundtanken är att patienterna, i mån av förmåga, ska ansvara för skrivandet men att omvårdnadspersonal kontinuerligt under hela vårdtillfället ska fråga och stötta för att patienterna ska vara delaktiga i sina vårdprocesser.

## Implementering

Det finns många, principiellt olika, vägar att gå från kunskap till vedertaget arbetssätt. Det finns inte något enstaka bästa sätt att införa förändringar, utan det finns flera olika principer som utgår ifrån olika teorier och angriper problemen med implementering från olika håll.<sup>11</sup> Forskningsfältet

implementeringsvetenskap saknar dock, trots decennier av forskning, en helt gemensam och vedertagen definition av begrepp som används inom implementering vilket försvårar jämförelser och forskning.<sup>12</sup> Förutom de teoretiska och organisatoriska svårigheterna att genomföra förändringar finns varierande grad av mottaglighet för nya arbetssätt och rutiner hos personer arbetande inom hälso- och sjukvård.<sup>13</sup> Detta belyser ytterligare behovet av en fungerande implementeringsprocess. Implementeringen av ”Min vårdtid” har följt Folkhälsomyndighetens ”checklista för implementering med kvalitet”<sup>14</sup> vilken utgår ifrån ramverket ”The Quality Implementation Framework”<sup>15</sup>. Checklisten är indelad i fyra faser; initiala bedömningar, struktur för implementering, genomförande och sedan lära och förbättra.

Implementeringen av ”Min vårdtid” inom den allmänpsykiatriska heldygnsvården påbörjades under vintern 2020 med initiala bedömningar och gick in i genomförande under maj månad 2021 och har funnits tillgängligt för användning sedan dess. Det har inte genomförts någon utvärdering av implementeringen före den här studiens påbörjande och erfarenheter och eventuella effekter av arbetssättet är okända. Studien skulle kunna ligga till grund för diskussion och vidare utveckling av arbetssättet inom verksamheten.

## **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva personalens erfarenheter av implementering av ”Min vårdtid” i arbetet med patienter som vårdas inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård.

# Material och metod

## Design

Studien hade en kvalitativ design med induktivt förhållningssätt med intervjuer som datainsamlingsmetod.<sup>16</sup>

## Kontext

Genomförandet av studien har skett vid Specialistpsykiatri barn, unga och vuxna i Region Kronoberg. Implementeringsarbetet med ”Min vårdtid”, rekrytering till studien och intervjuer har genomförts på allmänpsykiatriska vårdavdelningen för vuxna. Arbetet med kompendiet ”Min vårdtid” påbörjades under hösten 2020. Projektplan färdigställdes i april 2021. Implementering av ”Min vårdtid” påbörjades våren 2021 med start för klinisk användning i maj 2021. Rekrytering av studiedeltagare skedde under december 2021. Intervjuer och transkribering ägde rum under januari till maj 2022 och analys och bearbetning av data genomfördes från maj till oktober 2022.

## Deltagare

Deltagarna i studien var omvårdnadspersonal; skötare och sjuksköterskor. Inklusionskriterier var: tillsvidare tjänst inom specialistpsykiatri, uteslutande tjänstgöring inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård, tjänstgöring från och med implementeringens start och erfarenhet av psykiatrisk vård före implementeringen. Exklusionskriterier var: resurspersonal (flera tjänstgöringsställen inom kliniken) eller visstidsanställning. Av deltagarna var nio deltagare kvinnor och två var män. Alla utom två deltagare hade varit anställda och tjänstgörande inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård mer än ett år vid implementeringens start.

## Datainsamling

Insamlingen av data bestod av elva individuella intervjuer som genomfördes ansikte mot ansikte av studieansvarig ST-läkare med stöd av intervjuguide (*bilaga 2*). Intervjuer genomfördes i avskildhet på platser som valdes av deltagarna. Intervjuerna berörde omvårdnadspersonalens erfarenheter av



arbetet med ”Min vårdtid”. Inledningsvis vid intervjuerna blev deltagarna ombudade att ”Berätta om ”Min vårdtid”, d.v.s. att använda ett skriftligt verktyg som stöd i patientsamtal under avdelningsvården”. Följdfrågor ställdes för att få deltagarna att vidareutveckla sina erfarenheter. Intervjuerna ljudinspelades för att därefter transkriberas. Längden på intervjuerna varierade från 14–62 minuter. Efter fyra genomförda intervjuer kompletterades intervjuguiden för att även beröra erfarenheter av implementeringsprocessen.

## **Databearbetning**

Data bearbetades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman.<sup>17</sup> Intervjuerna lästes först igenom i sin helhet för att få en känsla för sammanhanget och det sammantagna innehållet. I det första steget av dataanalysen identifierades meningar eller fraser som besvarade studiens syfte som meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna sammanställdes och kondenserades vid behov till kortare form med bibehållet innehåll. Sedan gavs alla meningsbärande enheter en kod som representerade innehållet i respektive meningsbärande enhet. Koderna sorterades därefter in i kategorier och subkategorier för att beskriva vad data - och därmed de meningsbärande enheterna - innehållit. Kategorierna och subkategorierna representerar det direkta, manifesta innehållet i intervjuerna. För att stärka studiens trovärdighet har dataanalys skett av studieansvarig ST-läkare tillsammans med handledare.

## **Etik**

Deltagarna erhöll muntlig och skriftlig information före deltagande om studiens syfte och om hur data skulle användas och redovisas samt hur personuppgifter skulle behandlas (Bilaga 3). Informerat samtycke inhämtades före påbörjandet av intervjuerna. Deltagande i studien var frivilligt. Deltagare kunde när som helst dra tillbaka sitt godkännande för deltagande och få sina uppgifter och resultat raderade. Samtliga deltagare erhöll information om att deltagande i studien inte skulle komma att påverka deras arbetssituation på något sätt, oavsett åsikter gällande ”Min vårdtid” och att både positiva och negativa erfarenheter efterfrågades.

Inför studiens påbörjande söktes forskningsetiskt råd från Region Kronobergs forskningsetiska råd (diarienummer 967078). Någon ansökan till etisk kommitté har ej gjorts då arbetet skett som ett studentarbete utan plan för vetenskaplig publikation. Transkriberade data har under bearbetningen lagrats i Region Kronobergs datasystem och har delats mellan studieansvarig och handledare. Efter bearbetningen kommer materialet att förvaras i brandsäkert och låst skåp på FoU Kronoberg.

# Resultat

Vid analys av data framkom fyra övergripande kategorier; nulägesbeskrivning, patientarbetet, implementeringen och framtiden för ”Min vårdtid”.

## Nulägesbeskrivning

Många av deltagarna hade erfarenheter av de utmaningar som personal inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård ofta ställs inför. Det handlar dels om arbetet med svårt sjuka personer som har stora svårigheter att uttrycka eller formulera sig och dels arbetet med personer som på grund av sin psykiska ohälsa hamnat i psykosocialt belastande situationer.

## Patienternas behov

Det framkom att patienter kan behöva hjälp med att komma vidare i vårdprocessen då en del patienter kan ha svårt att uttrycka sig och förmedla sina önskemål och/eller behov. Det framkom också att det finns behov av stöd eller verktyg för patienter att använda sig av i hemmet efter hemgång. På grund av det tillstånd som personer som vårdas inom psykiatrisk heldygnsvård ofta är i kan det också vara svårt att minnas innehållet i samtal och då kan det underlätta med skriftlig information. Det kan också vara lättare för patienter att acceptera sina egna ord än någon annans. Deltagare menade också att vården behövde bli tydligare och mer begriplig för patienten, både med tanke på hur lång den planerade heldygnsvården var och vad vården skulle innehålla.

*... och ibland, ganska ofta när jag framför allt när jag hämtar patienter till ett läkarsamtal så säger de men hur länge ska jag vara här, jag vet ingenting vad händer liksom? #7*

## Sjukvårdens utmaningar

Deltagarna berättade om utmaningar både som hälso- och sjukvården har som organisation och som de, som personal som arbetar inom vården, har erfarenhet av i arbetet med patienter. Flera av deltagarna har erfarenhet av att det många gånger kan bli för stort fokus på läkemedel inom den psykiatriska heldygnsvården. Det framkom att personalen är i behov av stöd och möjlighet att

arbeta mer aktivt och terapeutiskt med patienter och att detta arbete skulle kunna vara mer utåtriktat med bättre samarbete mellan heldygnsvård och öppenvård. Deltagarna berättade att med det nuvarande arbetssättet finns en risk att vården av patienter som återkommer till avdelningen begränsas till de insatser som de brukar erbjudas och att deras behov och önskemål kunde hamna i skymundan eller glömmas bort. Det framkom även en risk att konkreta sociala problem så som bostadslöshet eller arbetslöshet kan missas att tas upp vid samtal med patienterna.

*Personalen har inte blivit betrodd med att vi har någon kunskap att liksom kunna göra någonting annat för allt är inte mediciner. Så jobbades det ju mer förr. Det var liksom medicinerna var ju där men de var inte det viktigaste i psykiatrien på något sätt utan det fanns ju mer annat man jobbade med. #3*

## **Patientarbetet**

Det framkom tydligt att deltagarna ansåg sig ha otillräckliga erfarenheter av att ha arbetat med ”Min vårdtid” för att kunna uttala sig om eventuella effekter eller skillnader jämfört med gängse vård. Det framkom dock erfarenheter av både fördelar och svårigheter med arbetssättet.

*Ja, nu måste jag ju ärligt säga att jag har ju inte använt den så mycket som vi skulle, nä. #3*

## **Att arbeta med Min vårdtid**

Någon deltagare hade erfarenhet av att ”Min vårdtid” hade varit ett stöd i patientarbetet och ytterligare några trodde att det skulle kunna vara ett stöd för personalen att arbeta mer aktivt med patienter.

*Alltså jag har väl alltid försökt kommunicera och samtala mycket och se vad som döljer sig där bak. Men det har väl hjälpt att liksom få det ner på papper och att det är något som de liksom kan ta med sig vidare. #4*

En del deltagare hade erfarenheter av att vissa patienter hade svårt för att skriva och att det kunde därför vara svårt för dem att använda ”Min vårdtid”. Några av deltagarna berättade att patienter hade skjutit ifrån sig arbetet med ”Min vårdtid” och att patienterna hade förefallit ointresserade av uppgiften. Dessutom hade några deltagare haft svårt att få patienterna att fylla i och använda kompendiet ”Min vårdtid”, men de var osäkra på om det berodde på ointresse eller oförmåga att ta till sig information. Det skulle också kunna handla om svårigheter med koncentration.

*... jag upplevde så att patienterna de bara lämnade, det är ingen som har suttit och skrivit och har varit engagerat. Även man ska pusha lite och så. Jag vet inte vad det är, varför de, de visade inte så stort intresse att göra det. #6*

## **Effekter av Min vårdtid**

Även om deltagarna hade begränsade erfarenheter av effekter av arbetet med "Min vårdtid" berättade någon deltagare att "Min vårdtid" hade bidragit med struktur till patienter och att arbetssättet hade bidragit med att patienter fått redskap att ta sig vidare i sina tankar och kunnat få igång samtal om sin livssituation med personal. Det framkom också att flera deltagare hade liknande tankar kring att "Min vårdtid" skulle kunna bidra på detta sätt även om de själva inte kunde ge något konkret exempel på om eller när det hade inträffat. Andra deltagare hade erfarenheter av att "Min vårdtid" hade ökat delaktigheten så att patienter kunnat vara mer aktiva i sin vårdprocess och att menade att det hade varit en positiv erfarenhet att arbeta med kompendiet "Min vårdtid" och arbetssättet.

*Ja att de ser liksom att ett innan, ett under, under liksom vården och ett efter. Att det liksom följs ihop liksom, att man ser vad är det som inte funkade hemma, och vad behöver jag göra för förändringar och vad kan jag ta med mig sen liksom? Att, det tänker jag, är väl toppen. #9*

Även om deltagarna hade begränsade erfarenheter av effekter av arbetet med "Min vårdtid" berättade någon deltagare att "Min vårdtid" hade bidragit med struktur till patienter och att arbetssättet hade bidragit med att patienter fått redskap att ta sig vidare i sina tankar och kunnat få igång samtal om sin livssituation med personal. Det framkom också att flera deltagare hade liknande tankar kring att "Min vårdtid" skulle kunna bidra på detta sätt även om de själva inte kunde ge något konkret exempel på om eller när det hade inträffat. Andra deltagare hade erfarenheter av att "Min vårdtid" hade ökat delaktigheten så att patienter kunnat vara mer aktiva i sin vårdprocess och att menade att det hade varit en positiv erfarenhet att arbeta med kompendiet "Min vårdtid" och arbetssättet.

*Ja att de ser liksom att ett innan, ett under, under liksom vården och ett efter. Att det liksom följs ihop liksom, att man ser vad är det som inte funkade hemma, och vad behöver jag göra för förändringar och vad kan jag ta med mig sen liksom? Att, det tänker jag, är väl toppen. #9*

## Implementeringen

Tidigt under intervjuerna framkom att arbetet inte hade fortgått så som det var planerat och att användandet av ”Min vårdtid” hade blivit mer personligt ansvar för personalen än ett implementerat arbetssätt på avdelningen. Det framkom att det funnits flera faktorer som försvårat implementeringsprocessen, men det fanns även faktorer som kunde underlätta för ökad spridning och användning av arbetssättet framöver.

## Bristande information och rutiner

Några deltagare hade upplevt informationen inför implementeringen som bristfällig och detta hade försvårat införandet av arbetssättet. Några hade lämnat kompendiet ”Min vårdtid” till patienter, men sedan inte följt upp om, eller vad, patienterna hade skrivit i kompendiet. Det fanns oklarheter bland deltagarna om vad som hände när en personal som lämnat ut kompendiet till en patient var ledig eller sjuk. Vidare var det överlag inte tydligt vem som skulle följa upp eller prata med patienten om innehållet. Utöver detta var det även otydligt vad som skulle göras med kompendiet efter att en patient blivit utskriven och återgått till hemmet.

*... jag har inte varit aktiv med att använda det. Jag har delat ut det till ett par stycken. Hur många vet jag inte men jag har, några exemplar har jag lagt in på rummen. #11*

Några deltagare berättade att de själva inte hade drivit arbetet med ”Min vårdtid”, mycket på grund av att det inte funnits några tydliga direktiv eller rutiner för hur arbetet skulle ske. Det framkom att de som personal inte hade informerat patienterna tillräckligt om arbetssättet och kompendiet ”Min vårdtid”. Någon deltagare hade inte använt kompendiet som instruerat utan de hade använt det som en guide för samtal, i stället för att hjälpa patienten att fylla i ”Min vårdtid”. Det framkom också att deltagare inte hade läst eller följt upp i samtal vad patienterna hade skrivit.

*Det har väl varit någon patient som har kommit tillbaka som jag vet att jag har lämnat en sån till. Men det har liksom inte. Det har inte känts som att man liksom riktigt. Nä det har inte blivit att man har pratat om vad hände med den här ”min vårdtid”. #2*

## Implementeringen framöver

Deltagarna var tydliga med att det måste bli rutin eller krav på att använda ”Min vårdtid” för att det ska kunna fungera. Det var inte tillräckligt att enbart få till sig direktiv om att införa ett nytt arbetssätt, det hade behövts någon form av rutin och regelbundenhet för att genomföra en varaktig

förändring. Det framkom också att det var viktigt med ett fysiskt möte för personalgruppen inför implementeringens start, och då var det viktigt med en ansvarig person på plats. Det lyftes tankar kring behovet av att ha någon eller några personer som skulle vara särskilt ansvariga för att stötta kollegorna i att komma ihåg att använda ”Min vårdtid”.

*Nej men det är bara nu är det så här och nu kör vi på detta och det är liksom tvingande, inte något halvdant utan att man verkligen, nu kör vi allihop. #9*

## Framtiden

Överlag uttryckte deltagarna sig i positiva ordalag gällande ”Min vårdtid” även om det saknades erfarenhet av positiva effekter av arbetssättet. Deltagarna berättade om potentiella förbättringsmöjligheter för kompendiet och arbetssättet med ”Min vårdtid” och dels berättade de om framtida möjligheter för vården med det nya arbetssättet.

## Förbättringsförslag

Det framkom att ”Min vårdtid” skulle kunna behöva förtydligas för att förklara och motivera frågorna och de olika områdena som berördes i kompendiet. Annars hade deltagarna inga konkreta förbättringsförslag gällande själva kompendiet i sig, flera av deltagarna uttryckte att ”Min vårdtid” inte behövde ändras utan att problemen som uppkommit hade berott på brister i implementeringen och i rutinerna.

*Nej men kanske lite mer kanske kort förklaring innan frågorna. Lite nej men vad man tänker och hur det kan hjälpa att ge mer insikt till att varför man gör de här frågorna eller så. Lite intro liksom. #4*

Några deltagare hade erfarenheter av att ”Min vårdtid” inte passade för alla patienter då det kunde finnas svårigheter med höga nivåer av oro, ångest eller svårigheter med koncentration och oförmåga att sätta sig ner med kompendiet. Deltagarna berättade att ”Min vårdtid” inte borde användas till de allra svårast sjuka direkt när de kom till avdelningen och att personal själva kunde bedöma när patienterna skulle börja med ”Min vårdtid”. Det framkom även andra förslag för att underlätta för patienter som hade svårigheter att klara av arbetssättet, som att personal bör sitta med patienter som har särskilt svårt för att de ska komma igång med arbetet, eller att vissa patienter kan behöva mycket stöttning med ”Min vårdtid” i början av vårdförloppet. Det lyftes också av någon deltagare att det var en tidigare tanke att scanna in materialet för att det skulle finnas kvar i

journalen. Det var något som förmedlats tidigare i implementeringsprocessen, men som inte hade blivit av.

*Men jag tror att fördelen är väl den att om jag kanske kan leda från början och sen lägga över, inte som läxa men, förstår du vad jag menar, som en uppgift att, såhär tänker vi här och skulle du kunna fundera över detta till imorgon? #7*

## Möjligheter

Överlag uttryckte sig deltagarna sig positivt kring vad ”Min vårdtid” skulle kunna bidra med, framför allt lyftes att arbetssättet och kompendiet skulle kunna förtydliga vad vården tillför till patienterna och att det skulle kunna vara ett redskap för kartläggning. Det framkom också att patienter skulle kunna få en tydligare bild av hur deras tillstånd och situation utvecklats över tid och att patienterna skulle kunna få en uppfattning om att den psykiatriska vården innehållit flera olika beståndsdelar som många gånger glöms bort. Detta skulle särskilt kunna förtydliga vården för återkommande patienter som riskerade att förbises, särskilt om det redan fanns en utarbetad plan med brukarstyrd inläggning. Några deltagare hade erfarenheter av att dessa patienter kunde ha vårdtillfällen som på många sätt var ”passiva” då de saknade aktiva insatser från både personal och patient.

*... nej men tiden här kanske inte bara var mat och kaffe hela tiden utan att det hände saker med mig själv under tiden. Men alltså att de får sätta lite ord på det under, sätta lite ord på vårdförloppet kan man väl säga. #10*

Utöver det belyste ett par av deltagarna att även vårdpersonal kan behöva ett förtydligande av vad vården gör för patienterna. De beskrev att personal kan ifrågasätta varför patienter behöver vårdas inom heldygnsvården och det kan behövas konkret information och upplägg av vården för att detta ska bli lättare för personal att förhålla sig till. Det framkom även att de senare delarna av ”Min vårdtid” skulle kunna bidra med struktur i hemmet då patienterna själva ska uttrycka vilka faktorer de tror är viktiga för deras fortsatta välbefinnande och hur de ska vidmakthålla sitt förbättrade tillstånd. Någon deltagare belyste att sektionen som handlar om att se tecken till återkommande psykisk ohälsa samt hur närstående kan bistå, skulle kunna vara ett stöd för närstående att upptäcka tidiga tecken till återinsjuknande.

*Patienterna ska själva ange vad de brukar göra när de är ju friska så att säga. Det är då, är det bara positivt med just det här med de här aktiviteterna att de sätter igång. Så fort de kommer hem. #5*

# Diskussion

## Metoddiskussion

I studien finns flera begränsningar i såväl upplägg som genomförande. Studiens storlek är en begränsning då antalet intervjuer hållits nere för att kunna göras inom ramen för vetenskapligt arbete i läkares specialiseringstjänstgöring. Studiedesignen, datainsamlingsmetoden och urvalet av deltagare har bedömts som adekvat för att besvara syftet, att beskriva omvårdnadspersonalens erfarenheter. Deltagarna har arbetat inom psykiatrisk heldygnsvård och har därmed erfarenhet av psykiatrisk vård, både kvinnor och män är inkluderade och samtliga erfarenheter efterfrågades, vilket stärker studiens trovärdighet. Metoden kvalitativ innehållsanalys har i sig flera begränsningar som kan påverka trovärdigheten. Extraherandet av meningsbärande enheter behövde vara tillräckligt omfattande för att inte fragmentera innehållet men behövde samtidigt fånga och beskriva olika erfarenheter i tillräckligt stor utsträckning. Vid kondensering var det en förutsättning att innehållet i sin helhet kunde bibehållas även om mängden text minskades. I momentet med kodning behövde tillräckligt många koder användas för att unika företeelser inte skulle förloras men antalet koder behövde hållas ner för att möjliggöra kategorisering och analys av resultatet. Kategorierna behövde också vara tillräckligt breda för att alla koder skulle tillhöra en relevant kategori men tillräckligt specifika så att ingen kod skulle kunna tillhöra fler än en kategori. Genomläsning av intervjuer, kodning och kategorisering har skett tillsammans med erfarna handledare för att stärka trovärdigheten.

Genomförandet av intervjuerna har skett på platser som har valts ut av deltagarna. Samtliga deltagare valde att kvarstanna i något av samtalsrummen eller på någon av expeditionerna på avdelningen för att kunna ha intervjun ostörd och utan tidspress. Begränsningar för studiens giltighet finns dels i att studieansvarige har varit huvudsaklig utformare av ”Min vårdtid”, även om innehållet har fastslagits i samarbete med dåvarande medicinskt ansvarig överläkare för avdelningen samt avdelningschef. Dels har studieansvarige även hållit i implementeringsprocessen av ”Min vårdtid”. Då kliniken är av mindre storlek betyder detta att samtliga läkare tjänstgör vid allmänpsykiatriska vårdavdelningen och en kännedom har funnits mellan omvårdnadspersonal och studieansvarig läkare före studiens påbörjande och studieansvarige har efter att alla intervjuer genomförts påbörjat tjänstgöring vid avdelningen. Dessa faktorer kan ha bidragit till att påverka innehållet som har kommit fram i intervjuerna vilket därmed påverkar giltigheten för studien.



Datansamlingen har skett över tid med en oerfaren studieansvarig läkare som intervjuare vilket gör pålitligheten begränsad då intervjueteknik naturligt har ändrats och utvecklats från de första intervjuerna till de sista. Transkribering skedde parallellt med intervjuer och handledare läste igenom några av de första intervjuerna för att ge återkoppling på samtalsfokus för intervjuerna och intervjueteknik. Bearbetning och analys påbörjades först efter att samtliga intervjuer hade genomförts.

Gällande överförbarhet finns det flera faktorer som gör att det är svårt att överföra resultaten till andra situationer. En del av resultatet som går att överföra till andra sammanhang är erfarenheterna av implementering som återspeglar behovet av en strukturerad och systematisk implementering och belyser problemen med avstannad spridning och bristfälligt upptag av nya arbetssätt. Metodiken och resultaten finns väl beskrivna vilket underlättar och ökar överförbarheten men studiens storlek, genomförande och begränsade giltighet och pålitlighet gör att resultaten inte i någon större utsträckning går att generalisera utanför studiens kontext.

## Resultatdiskussion

De huvudsakliga fynden i studien var; att både personal och vårdens organisation ställdes inför utmaningar i arbetet med patienter, att implementeringen av ”Min vårdtid” försvårats av bristande rutiner och svårigheter för både personal och patienter att komma in i arbetssättet. Själva arbetssättet och kompendiet ”Min vårdtid” upplevdes i stora drag som bra utformat. Några synpunkter om hur materialet kunde förtydligas framkom men deltagarna såg en möjlighet för ”Min vårdtid” att tillföra tydlighet och struktur för både patienter och personal trots att de saknade konkreta erfarenheter av positiva effekter.

Utmaningarna inom psykiatrisk heldygnsvård och vad som är viktigt för patienter är väl beskrivna i litteraturen och många av de svårigheterna som personalen hade erfarenheter av i den här studien är också faktorer som beskrivits som viktiga, både inom psykiatrisk heldygnsvård i stort men också inom personcentrerad vård inom psykiatri. Det kan handla om att erbjuda vård inte bara för ett sjukdomstillstånd utan också för att tillsammans med patienten, det vill säga personen, skapa terapeutiska och bärande relationer för hela återhämtningsprocessen.<sup>5-7,9</sup>

Själva implementeringsprocessen och spridningen av "Min vårdtid" hade avstannat enligt deltagarna. I stället för att arbetssättet skulle bli en integrerad del av det dagliga arbetet hade användningen minskat några månader efter införandet. Det fanns flera olika förklaringar men det flera av deltagarna berättade var att det saknades någon form av krav eller rutin att alla skulle arbeta mer aktivt med "Min vårdtid". Dels saknades ett "tydligt krav uppifrån" på att det skulle genomföras för alla patienter och dels saknades det en "rutin vårdpersonal emellan" för hur arbetet skulle genomföras. Alltså fanns stora förbättringsmöjligheter gällande implementeringsprocessen. Deltagarna gav förslag för implementeringen framöver, så som att ha ytterligare något fysiskt möte, att ha ansvarig person på plats och framför allt att få till fungerande rutiner för när och hur arbetet ska genomföras. Det stämmer överens med implementeringsforskning som visar att det inte räcker med beslut om förändring eller att förändringen innebär införande av evidensbaserade metoder.<sup>18</sup> Implementeringsprocessen behöver vara systematisk med ett väl underbyggt stöd från verksamheten, informerade och förberedda aktörer, stabil struktur med ansvariga för implementeringen och en utarbetad implementeringsplan för när och hur genomförandet ska ske. I genomförandet behöver aktörerna få stöd; t.ex. handledning eller assistans och slutligen behöver implementeringsprocessen utvärderas. Då finns goda förutsättningar för en lyckad implementering.<sup>15, 18</sup>

Att personcentrerad vård innebär många perspektiv som är viktiga för patienter och att det ger goda resultat inom hälso- och sjukvård får anses relativt välbelagt.<sup>3, 5, 8</sup> Deltagarna kunde se fördelar med det arbetssätt som "Min vårdtid" innebar men själva kompendiet eller arbetssättet i sig har inte studerats vetenskapligt. Tanken bakom både kompendiet "Min vårdtid" och arbetssättet är att lyfta patienters individuella styrkor, resurser och mål, öka delaktigheten i utformningen av vårdprocessen och att skapa en plan för uppföljning som utgår ifrån patientens situation och önskemål. Arbetssättet syftar till att skapa en kultur inom vården där omvårdnadspersonal arbetar tillsammans med patienter med målsättningen att hitta en individuellt anpassad vård för alla där målet är att patienter ska återhämta sig på bästa sätt och kunna vidmakthålla den förändringen.<sup>1-2, 9</sup> "Min vårdtid" som verktyg och arbetssätt innehåller alltså många av beståndsdelarna som utgör personcentrerad vård men det går inte dra slutsatsen att "Min vårdtid" leder till ökad personcentrering av vården. Detta hade behövt undersökas i mer riktade studier.

## Slutsats

Ett semi-strukturerat verktyg så som "Min vårdtid" tillsammans med ett personcentrerat arbetssätt skulle kunna bidra med tydlighet och redskap till både personal och patienter och öka

personcentreringen inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård men implementeringsprocessen behöver ske på ett mer systematiskt sätt och arbetssättet måste upptas och integreras i verksamheten. Ytterligare studier behövs för att beskriva erfarenheter från både personal och patienter och för att kunna fastslå effekterna av införandet av det här nya verktyget och arbetssättet.

# Referenser

- <sup>1</sup> Leplege, A, Gzil F, Cammelli M, Lefevre C, Pachoud B, & Ville I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability & Rehabilitation*, 29(20/21), 1555–1565.
- <sup>2</sup> Ekman, I. (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- <sup>3</sup> Olsson L. E., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(3-4):456-65.
- <sup>4</sup> Region Kronoberg (2017, april 17). Personcentrerad vård. Vårdgivarewebben <https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/personcentrerad-varld/>
- <sup>5</sup> Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S.-J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>
- <sup>6</sup> Arvidsson, B. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad: att stödja hälsofrämjande processer*. I Skärsäter I. (red). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- <sup>7</sup> Persson, H. I., Javinger M., Ekman I. (2017). *Personcentrerad hälso- och sjukvård: rapport från verkligheten*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- <sup>8</sup> SBU. *Åtströmningar. En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. SBU-rapport nr 302. ISBN 978-91-88437-44-0.
- <sup>9</sup> Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2015). Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 555–562. <https://doi.org/10.1111/scs.12189>
- <sup>10</sup> Shields, M. C., & Beidas, R. S. (2022). The need to prioritize patient-centered care in inpatient psychiatry as a matter of social justice. *JAMA Health Forum*, 3(2), 1–3. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.4461>
- <sup>11</sup> Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- <sup>12</sup> Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K., & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- <sup>13</sup> Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I., & Birken, S. (2019). Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses. *Implementation Science*, 14(1), N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0902-6>
- <sup>14</sup> Folkhälsomyndigheten (2017, november 21) *Checklista för implementering med kvalitet*. Publikationsmaterial <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/c/checklista-for-implementering-med-kvalitet/>
- <sup>15</sup> Meyers, D., Durlak, J., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *American Journal of Community Psychology* (2012a) 50:462-480.
- <sup>16</sup> Henricson, M. (2017) *Vetenskaplig teori och metod. Får idé till examination inom omvårdnad*. (2:1 Uppl.) Lund: Studentlitteratur.

<sup>17</sup> Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.

<sup>18</sup> Guldbrandsson, K. *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2007. Rapport nr: 2007:20.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Min vårdtid



Namn:

Vårdtidens start:

Vårdtidens slut:

För att du ska kunna få ut så mycket som möjligt av avdelningsvården finns möjligheten att fylla i denna vårdberättelse. Du får ta avdelningspersonalen till hjälp, får gärna be närstående, din fasta vårdkontakt (om du har någon) eller annan vårdpersonal som du har kontakt med, om hjälp.

Syftet med berättelsen är att du som patient bättre ska kunna förstå, komma ihåg och kunna förmedla ditt perspektiv. Vad som gjorde att du behövde vårdas på avdelningen, vad som har upplevts som hjälpsamt för din återhämtning och att sätta upp mål för den närmaste tiden efter hemgång. Dessa mål kan du sedan utvärdera tillsammans med avdelningspersonalen eller med din fasta vårdkontakt.

En av de viktigaste delarna för din återhämtning är att du, med stöd från personal, kan förstå hur du ska kunna må bättre framöver och vad som behövs för att din rehabilitering ska bli så bra som möjligt.

## Början av vårdtiden

Så här mådde jag inför vårdtiden:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Det är vanligt att en försämring av det psykiska måendet föregås av plötsliga händelser eller större omställningar i livet. Fanns det någon utlösande faktor som gjorde att du mådde sämre före vårdtillfället?*

Det här gjorde att jag mådde sämre:

---

---

---

---

---

---

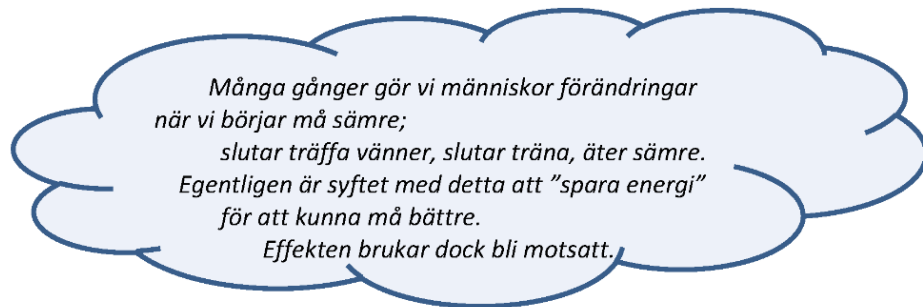
---

---

---

---





Har du slutat med saker som du tidigare har gjort p.g.a. att du inte har mått bra?

---

---

---

---

---

---

---

---

Vad skulle du vilja ha hjälp med under vårdtiden och vilka mål har du som du vill uppnå efter att du har kommit hem?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Vårdens innehåll

Vilka har varit ansvariga för vården?

Ansvarig läkare:

Kontaktperson(er):

Övriga vårdkontakter:

Det här har min vård innehållit:

---

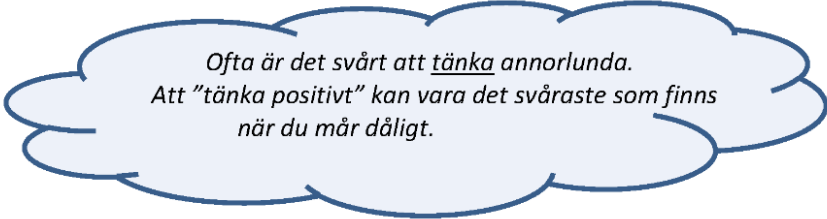
---

---

---

---

---



Ofta är det svårt att tänka annorlunda.  
Att "tänka positivt" kan vara det svåraste som finns  
när du mår dåligt.

De här förändringarna har jag gjort (t.ex. promenerat, ätit regelbundet, rett ut problematiska situationer, gjort något som jag uppskattar/mår bra av):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Så här har förändringarna påverkat mig:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vilka av förändringarna skulle du vilja fortsätta med hemma?

---

---

---

---

---

---

---

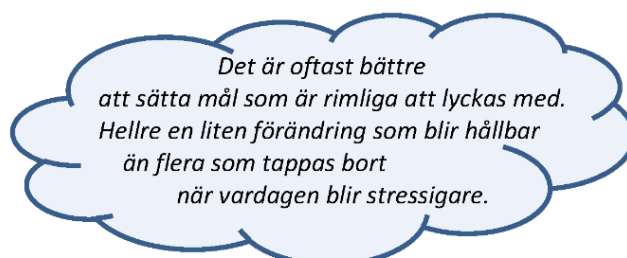
---

---

---

---

---



## Inför hemgång

Så här har jag upplevt vården:

---

---

---

---

---

---

---

---

*Det är oftast ganska enkla saker som gör att vi mår bättre;  
en stödjande omgivning, bättre vardagliga rutiner,  
att faktiskt fokusera på sin egen psykiska hälsa  
och arbeta målmedvetet mot att förbättra den.*

När jag kommer hem ska jag fortsätta att:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Närstående är en mycket viktig del av förhindrandet att återinsjukna eller att må sämre igen. De kan många gånger bidra med ovärderliga perspektiv och insikter såväl som sällskap i både vardag och i aktiviteter.*

Det här kan mina närstående bidra med:

---

---

---

---

---

---

---

---

*En viktig faktor för att kunna fortsätta att må bra är att lära sig att verkligen ta hand om sig och att veta när det är dags att göra förändringar.*

Om detta händer, då vet jag att jag är på väg att må sämre igen:

---

---

---

---

---

---

---

---

*Den kanske viktigaste delen  
i att förebygga återinsjuknande/sämre mående  
är att agera vid försämring,  
att reagera innan måendet har blivit så dåligt  
att det nästintill är omöjligt att själv  
välja att förändra på något.*

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

När du står inför ett val som känns svårt  
fråga dig då själv  
om det hade varit din bästa vän  
vad hade du sagt då?



Lämna gärna synpunkter  
på vårdens kvalitet och  
innehåll till oss.

## Bilaga 2

### Intervjuguide frågeställning omvårdnadspersonal

Intervjuguiden består av öppna ingångsfrågor som kommer att följas av både riktade frågor och flera följdfrågor. Intervjun präglas av öppenhet och följsamhet och kommer att handla om erfarenheter som omvårdnadspersonal har av att arbeta med patienter med stöd av det skriftliga materialet "Min vårdtid". Intervjun inleds med att intervjupersonen får berätta hur det har varit att delta i Min vårdtid.

Börja med att förklara att intervjuare kan ställa frågor som kan te sig självklara eller som den som håller intervjun redan vet svaret på. Anledningen är för att ingenting av det som personen som intervjuar säger kan användas vid bearbetning och analys.

- Berätta om Min vårdtid d.v.s. att använda ett skriftligt verktyg till patienter som stöd i patientsamtal under avdelningsvården!
  - o Kan du ge något exempel på när den har använts eller inte använts?
    - Hur många gånger har du använt dig av min vårdtid?
- Hur tänker du kring, hur Min vårdtid kan ha betydelse för vården för den enskilde patienten?
  - o Vad är din erfarenhet av hur min vårdtid har påverkat innehållet i vården?
  - o Vad är din erfarenhet av hur min vårdtid har påverkat vårdens kvalitet?
  - o Vad är din erfarenhet av hur min vårdtid har påverkat patienternas delaktighet i heldygnsvården?
- Har arbetet med Min vårdtid på något sätt ändrat din syn på ditt eget arbete med patienter?
- Hur skulle Min vårdtid som behandlingsmetod kunna förbättras för att bidra till vårdkvalitén inom heldygnsvården?
- Hur har arbetet gått med att införa/implementera Min vårdtid som arbetssätt/arbetsmaterial?
  - o Vad upplever du var anledningen till att det gick så?
  - o Finns det någonting som du skulle göra annorlunda inför ett återinförande av Min vårdtid?
  - o Vad är viktigt för att du ska kunna ta till dig ett nytt arbetssätt eller ett nytt arbetsredskap i det dagliga arbetet?
- Är det något mer som du vill berätta om relaterat till Min vårdtid? *(Nu har vi pratat ett tag om detta, är det något som inte har framkommit hittills som du tycker är viktigt att det kommer fram?)*

#### Följdfrågor:

- Vill du berätta mer?
- Kan du ge ett exempel?
- Hur menar du?

#### Utforska olika teman som t.ex. "vi kan göra en del som personal"

- Kan du ge exempel på vad du som personal kan ställa frågor om?
- Vad har du för erfarenheter/kan du ge exempel på när saker inte kommer fram?
- Vilka erfarenheter har du av när patienter "börjar tänka lite själva"?
- Vilka erfarenheter har du av att "skämma bort patienter"?
- Kan du ge något förslag på hur det skulle kunna gå till?
  - o Har du någon erfarenhet av när det har fungerat så?
- Utifrån din erfarenhet, hur skulle personal kunna väcka intresse för att arbeta med konkreta områden som behöver förbättras? (Problemlösning, pengar, kost, dygnsrytm etc.)
  - o Hur skulle min vårdtid kunna användas för att få igång intresset?



### Information till studiedeltagare

Vi vill fråga dig om du vill delta i en studie, *Min vårdtid, ett semi-strukturerat verktyg till patienter för personcentrerad vård inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård*. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

### Vad är det för projekt?

Projektet handlar om att utvärdera implementering av ett verktyg inom psykiatrisk heldygnsvård. Att arbeta med Min vårdtid innebär att använda ett semi-strukturerat verktyg som stöd för att kunna öka patienternas delaktighet i vårdprocessen och som underlag för de patientsamtal som sker mellan omvårdnadspersonal och patienter på allmänpsykiatriska vårdavdelningen. Den här studien avser att utvärdera införandet av Min vårdtid och görs som en del av kursen i medicinsk vetenskap inom ramen för specialisttjänstgöring för läkare. Studien genomförs av ST-läkare Simon Stegerlind.

### Vilka tillfrågas?

Du tillfrågas nu om att delta i utvärdering av detta projekt. Anledningen att vi frågar dig är att du har deltagit i projektet som omvårdnadspersonal och har erfarenheter av att använda Min vårdtid som tillägg till annan behandling inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård.

Huvudman för projektet är Region Kronoberg.

### Hur går studien till?

Medverkan i studien innebär att du träffar studieansvarig ST-läkare och deltar i intervju vid ett tillfälle. Intervjun kommer att handla om erfarenheter som du som behandlare har av att använda Min vårdtid inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård. Intervjun omfattar c:a 1 timme och genomförs på plats som du önskar, t.ex. på din arbetsplats. Intervjun kommer att ljudinspelas och överförs till text för att sedan analyseras gällande innehållet.

### Möjliga följder och risker med att delta i studien

Det finns inga direkta risker med att vara med i studien. Deltagandet kommer inte att påverka ditt arbete, vare sig negativt eller positivt.

Ditt deltagande ger dig möjlighet att bidra till ökad kunskap som på sikt skulle kunna förbättra vård och behandling inom psykiatrisk heldygnsvård.

### Vad händer med mina uppgifter?

De uppgifter som samlas in om dig i samband med intervjuerna förvaras under lagstadgad sekretess. Uppgifter om dig kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.

Ansvarig för dina uppgifter är Region Kronoberg. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandling av dina personuppgifter begränsas.

Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Simon Stegerlind, studieansvarig ST-läkare, Box 1223, 351 12 Växjö.

Kontaktuppgifter till Dataskyddsombud: Telefonnummer Växel: 0470-58 80 00, e-post [dataskyddsombud@kronoberg.se](mailto:dataskyddsombud@kronoberg.se) Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

## **Hur får jag information om resultatet av studien?**

Resultat från studien kommer att presenteras som gruppresultat och kommer att användas som underlag för att förbättra vård och behandling inom psykiatrisk heldygnsvård. Studiens resultat kommer också att finnas tillgängliga för dig, om du så önskar, i en populärvetenskaplig sammanfattning.

## **Ersättning**

Det utgår ingen ersättning för din medverkan i studien.

## **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet utan att det får några konsekvenser för dig. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppges varför.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

## **Ansvariga för studien**

Ansvarig för studien är Simon Stegerlind, projektansvarig ST-läkare, Box 1223, 351 12 Växjö, epost [simon.stegerlind@kronoberg.se](mailto:simon.stegerlind@kronoberg.se)

Handledare är Birgitta Gunnarsson, vetenskaplig handledare och forskare, Box 1223, 351 12 Växjö, epost [birgitta.gunnarsson@kronoberg.se](mailto:birgitta.gunnarsson@kronoberg.se) samt Pamela Massoudi, vetenskaplig handledare och forskare, Box 1223, 351 12 Växjö, epost [pamela.massoudi@kronoberg.se](mailto:pamela.massoudi@kronoberg.se)

### **Samtycke till att delta i studien**

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

☐ Jag samtycker till att delta i studien Min vårdtid, ett semi-strukturerat verktyg till patienter för personcentrerad vård inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård.

☐ Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationen till studiedeltagare.

**Plats och datum**

**Underskrift**