

FoUU-enheten

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

FoU-rapport 3/2022

Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV)

**Egenkontroll och lärande utifrån standardens
minimikrav inom Psykiatri, habilitering och
hjälpmedel**

Förvaltning:	Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne
Enhet:	Forskning, Utveckling, Utbildning (FoUU)
Projektansvariga:	Åsa Waldo, fil dr, hälso- och sjukvårdsstrateg asa.waldo@skane.se Stine Thorsted, fil dr, hälso och sjukvårdsstrateg kirstine.thorsted@skane.se
Utgivning:	Augusti 2022
ISBN:	978-91-987657-4-8
Layout:	Kommunikationsenheten

FoUU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom psykiatri och habiliteringen. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoUU-enheten för att få ytterligare information. Vid referens till rapporten ange: Waldo, Å. & Thorsted, S. (2022). *Kvalitetssäkring av personcentrerad vård (PCV)*. FoU-rapport 3/2022, FoUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne.

© Psykiatri, habilitering och hjälpmedel Region Skåne

Sammanfattning

Delaktighet och personcentrerad vård (PCV) är kvalitetsområden som ska säkerställa hög kvalitet och en hälso- och sjukvård som utgår från patientens behov, preferenser och resurser. Eftersom begreppen sällan konkretiseras är det svårt följa upp målen och veta att vården motsvarar ambitionen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys riktar kritik mot regionerna för att de inte lever upp till Patientlagens krav på patienters inflytande över vården. Standarden för PCV utgör ett ramverk för kvalitet som kan användas för att systematiskt kvalitetssäkra PCV inom hälso- och sjukvård. Syftet med föreliggande arbete är att utveckla och pröva ett redskap för att kvalitetssäkra PCV enligt standardens minimikrav. Redskapet har utvecklats genom formativ utvärdering utifrån synpunkter ur patient-, behandlar- och ledningsperspektiv. Redskapet består dels av material för egenkontroll/reflektion som främjar dialog och ett gemensamt lärande och dels av självskattningsformulär som möjliggör mätning av PCV. Redskapet innehåller separata delar för chefer respektive behandlare. Genom att använda standarden i kvalitetssäkring stärks patientens ställning i vården, vilket ger nya förutsättningar för att infria ambitionen att vården ska bygga på PCV.

Förväntad nytta för patienterna är en självklar delaktighet i sin vård som är tydligt förankrad i förvaltningens strukturer.

Förord

Förvaltningen Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska med professionella insatser arbeta för att åstadkomma livskvalitet i livets alla skeden för barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I samarbetet mellan FoUU-enheten (Forskning, Utveckling, Utbildning) och verksamheterna sker en ständig granskning av nya och rådande metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika insatserna.

FoU-rapporterna syftar till att stödja en evidensbaserad praktik, att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling samt att skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande. Rapporterna utgår från en frågeställning i praktiken som leder till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att redan i ett tidigt stadium påbörja implementeringen. Detta görs genom att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

I detta arbete beskrivs hur ett redskap för kvalitetssäkring av personcentrerad vård har tagits fram och hur det kan användas för att öka kunskapen inom förvaltningen och stärka patienters delaktighet i sin vård förvaltningen. Projektet har genomförts av fil dr Åsa Waldo och fil dr Stine Thorsted vid FoUU-enheten. Åsa och Stine är hälso- och sjukvårdsstrateger och sociologer med lång erfarenhet av arbete med delaktighet och patientinflytande. Arbetet har genomförts med stöd av chefen för enheten för patientsäkerhet Karin Torell, förvaltningschef Katarina Hartman och utvecklare inom staben Karin Gidlöf Wuttke.

Vi riktar ett stort tack till de verksamhetschefer, enhetschefer, verksamhetsutvecklare, yrkesutvecklare, utvecklingsledare och yrkesrepresentater samt peer supportrar som varit involverade i arbetet och bidragit med synpunkter på hur ett redskap för PCV kan utformas för att bli användbart.

Lund augusti 2022

Daniel Lindqvist
Specialistläkare, docent
Chef för FoUU-enheten
Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	6
1.1 Vad är personcentrerad vård?.....	6
1.2 Varför är patientdelaktighet svårt?.....	7
1.3 En standard för patientdelaktighet.....	8
1.4 Kvalitetssäkring av PCV.....	9
2. Syfte.....	10
3. Metod.....	10
3.1 Upplägg.....	10
3.2 Deltagare.....	12
4. Resultat.....	15
4.1 Behov av redskap för PCV.....	15
4.2 Redskap för kvalitetssäkring av PCV.....	16
4.3 Användning av redskap för PCV.....	24
5. Slutsatser.....	27
Referenser.....	28
Bilagor.....	31
Bilaga 1. Underlag för dialog.....	31
Bilaga 2. Mall för dokumentation av Reflektion på vårdnivå.....	32

1. Bakgrund

Personcentrerad vård (PCV) är ett av fyra prioriterade insatsområden i Region Skånes strategi för framtidens hälsosystem. Tillsammans med hälsofrämjande och förebyggande insatser, nivåstrukturering och profilering samt nära vård ska PCV bidra till det långsiktiga målet *Bättre liv och hälsa för fler*.¹ Personcentrerad hälso- och sjukvård är även ett av kvalitetsområdena för *God vård* som ska säkerställa hög kvalitet (Socialstyrelsen, 2009). Det finns med andra ord ett grundantagande att patientdelaktighet och inflytande är en viktig kvalitetsaspekt i hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2013).

1.1 Vad är personcentrerad vård?

PCV handlar om att sätta patienten i centrum och öka dennes delaktighet i sin vård. Det innebär att hälso- och sjukvården ska utgå från patientens behov, preferenser och resurser i alla delar av vårdprocessen – innan, under och efter ett vårdmöte eller en kontakt (Ekman m.fl., 2018).

Patienten ses som en individ med unika erfarenheter och behov snarare än en sjuk kropp eller en diagnos. Samtidigt blir patienten en partner i teamet som arbetar i vårdprocessen. Patientens kunskap ska inkluderas på samma sätt som kunskapen hos de olika professioner som arbetar i teamet runt patienten (Koivisto, 2017). Inom PCV är partnerskapet en central utgångspunkt och vården är ansvarig för att skapa ett partnerskap som stärker patientens delaktighet (Ekman m.fl., 2018).

I ett större perspektiv handlar PCV om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård och rehabilitering (Ekman m.fl., 2018). En viktig aspekt är att PCV inte bara handlar om delaktighet i vårdmötet utan även om själva utformningen av hälso- och sjukvården (Vård- och omsorgsanalys, 2018). PCV ska med andra ord genomsyra alla delar av hälso- och sjukvården.

¹ Se *Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvård 2021, Mål och strategi för framtidens hälsosystem (2021)* och förvaltningens (Psykiatri, habilitering och hjälpmedel) *Verksamhetsplan för 2022*.

1.2 Varför är patientdelaktighet svårt?

Det har visat sig vara en utmaning att öka patienters delaktighet i hälso- och sjukvården, detta trots att målsättningen är tydligt uttryckt i lagstiftningen. I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] från 1982 anges att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och att vården så långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientlagen (2014) instiftades särskilt för att stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I rapporterna *Lag utan genomslag* (Vårdanalys, 2017) och *Lag som kräver omtag* (Vård- och omsorgsanalys, 2021) framkommer dock att Patientlagen nationellt sett inte har fått den avsedda effekten och att patienternas faktiska ställning inte har förbättrats. Kritik riktas mot regionerna att arbetet med delaktighet inte har tillgodosetts enligt kraven i lagen och det slås fast att arbetet med delaktighet behöver utvecklas. I rapporten *Personcentrerad vård i Sverige* (SKR, 2018) beskriver SKR PCV som ett sätt att stärka patientens ställning framöver och rekommenderar insatser med fokus på lärande för en stärkt uppföljning av Patientlagens efterlevnad.

En försvårande faktor när det gäller arbetet för att öka patienters delaktighet är att de begrepp som används för att beskriva delaktighet är abstrakta och svåra att operationalisera. Delaktighet kan definieras som "engagemang i en livssituation" (Socialstyrelsen, 2003) och handlar både om deltagande och inflytande, samtidigt som det kan beskrivas som ett kontinuum från att bli lyssnad på till att vara med och fatta beslut (Shiers, 2001) och som en förmåga som kan utvecklas över tid, delaktighetskompetens (Thorsted & Waldo, 2013).

Bland de begrepp som Socialstyrelsen och SKR använder för att stärka patienters delaktighet finns förutom personcentrering även *nära vård*, *delat beslutsfattande* och *patientkontrakt*. Nära vård kan beskrivas som ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg för att öka tillgängligheten till vård, bland annat genom att skapa bättre möjligheter för patientens egenvård (SKR, 2022b). Den nära vården bygger på ett personcentrerat arbetssätt där patienten ska involveras och insatserna utgå från och anpassas till individens behov och förutsättningar. Delat beslutsfattande är inget nytt begrepp, men det har aktualiserats genom Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd. Socialstyrelsen (2018) beskriver delat beslutsfattande som ett arbetssätt för att öka individens delaktighet i vården och omsorgen genom involvering i beslutsprocessen och med hänsyn tagen till individuella preferenser och behov. Patientkontrakt är ett nyare begrepp som syftar till att göra patienten mer delaktig i sin vård genom en sammanhållen plan för vårdinsatser (Socialdepartementet,

2017). SKR (2022a) beskriver patientkontrakt som en överenskommelse mellan vården och patienten som ska säkerställa patientens involvering i beslut och att vården utgår från patientens förutsättningar och preferenser. Som framgår går begreppen in i varandra och beskriver i stor utsträckning samma sak. Detta kan försvåra en faktisk förändring.

En konsekvens av att begreppen är svåra att operationalisera är att det blir otydligt hur delaktighet ska följas upp och mätas, vilket gör det osäkert om en individ är delaktig eller inte (Stallinga m.fl., 2014). Personcentrerad vård kan enligt de Silvas (2014) litteraturöversikt mätas på en mängd olika sätt och med en uppsjö av mätinstrument. Det framgår att det saknas en tydlig definition av PCV och manualer som beskriver vilka steg som ingår i arbetssättet. McCormack m.fl. (2015) menar att hälso- och sjukvården håller på att initiera nya arbetssätt, men att det behövs en gemensam syn på PCV och vad det innebär i det kliniska arbetet samt tvärprofessionella redskap som kan mäta om det uppnås eller inte.

Det finns alltså många initiativ som syftar till att öka patienters delaktighet i vården, men svårigheterna att operationalisera och mäta patienters involvering i beslutsfattande och hänsynen till individuella förutsättningar och preferenser kvarstår. Det blir med andra ord svårt att kvalitetssäkra att den vård som erbjuds är personcentrerad och att den förbättras över tid.

1.3 En standard för patientdelaktighet

Sedan 2020 finns en svensk standard för PCV, *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård* (SS-EN 17398:2020). Den bygger på en EU-standard och syftar till att möjliggöra patientdelaktighet i hälso- och sjukvårdstjänster och skapa gynnsamma strukturella förutsättningar för patientdelaktighet och PCV.

I standarden definieras PCV som ett förhållningssätt och arbetssätt där patienter deltar aktivt i sin vård, egenvård och i beslutsprocessen (SIS, 2020). Det ska finnas en delad förståelse och en överenskommelse som baseras på både vad som är viktigt för patienten och den professionella bedömningen. Patienten ses som medskapare i vården och partnerskapet ska genomsyra samtal, beslutsfattande och dokumentation i vårdprocessen. På organisationsnivå ska patientrepresentanter vara involverade i övergripande processer och strategiska beslut.

Standarden beskriver minimikrav för patientdelaktighet inom hälso- och sjukvård. Den har fyra kravställande delar:

1. Patientens berättelse och upplevelse
2. Partnerskap
3. Dokumentation, vårdplan och informationsdelning
4. Patientdelaktighet inom ledning, organisation och beslutsfattande

Kraven finns på två nivåer – organisationsnivå och vårdnivå.² Kraven på organisationsnivå handlar om att skapa förutsättningar för PCV genom att till exempel säkra resurser i form av tid och utbildning, rutiner och strukturer för delaktighet. Kraven på vårdnivå handlar om hur vården utförs i vårdmötet mellan behandlare och patient.

Som framgår ligger standardens målsättningar för patienters delaktighet helt i linje med de målsättningar som beskrevs ovan för nära vård, delat beslutsfattande och patientkontrakt. En fördel med standarden är att målsättningarna är konkreta och tydligt definierade som minimikrav.

1.4 Kvalitetssäkring av PCV

Standarden för PCV är med andra ord användbar i arbetet med att operationalisera delaktighet i hälso- och sjukvård. Den utgör även ett ramverk där indikatorer för kvalitet kan hämtas och användas för uppföljning och kvalitetssäkring (SIS, 2020). Det senare är avgörande då kvalitetsindikatorer för PCV enligt Vård- och omsorgsanalys (2021) är ett viktigt komplement till mått som framför allt har fokus på medicinsk kvalitet.

Inom kvalitetssäkring utgår man från olika typer av kvalitetsindikatorer. Det finns enligt Donabedians modell (2005) tre olika typer: struktur-, process- och resultatindikatorer. Strukturindikatorer mäter förutsättningarna för vården, processindikatorer mäter de handlingar som ingår i vården och resultatindikatorer mäter vårdens utfall. Strukturåtgärder ger enligt modellen effekter på processer som i sin tur påverkar vårdens resultat. Minimikraven i standarden för PCV beskriver strukturerna och processerna i vården och kvalitet enligt standarden kan därmed beskrivas utifrån struktur- och processindikatorer.

² Del fyra finns endast på organisationsnivå.

Standarden ger förutsättningar för att konkretisera PCV. Den beskriver steg för steg vad som krävs av organisationen i form av förutsättningar och rutiner, och vad som krävs av behandlaren i själva mötet med patienten. Genom att synliggöra de bärande delarna av patientdelaktighet kan standarden fungera som ett stödsystem för att kvalitetssäkra verksamhetens arbete med PCV.

2. Syfte

Syftet är att utveckla och pröva ett redskap för att kvalitetssäkra PCV enligt standardens minimikrav.

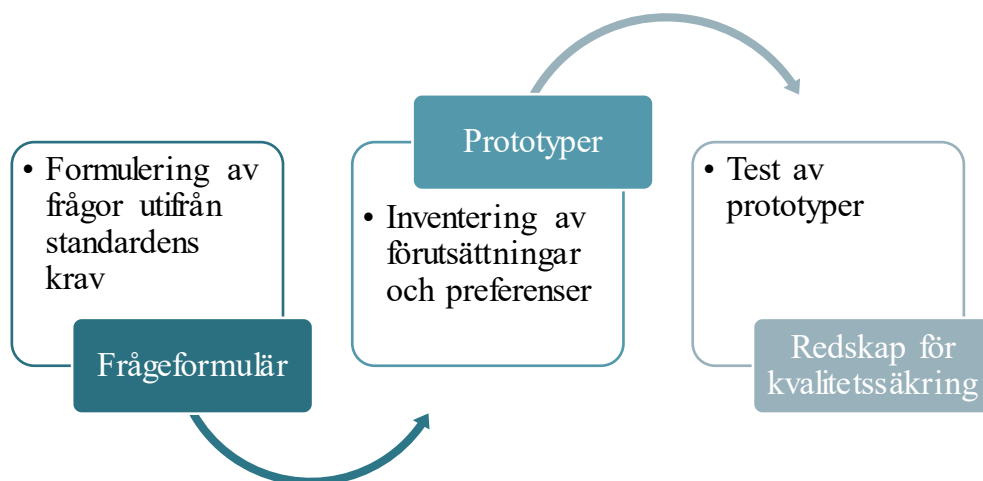
3. Metod

Redskapet utvecklades med hjälp av så kallad formativ utvärdering. Det innebär att det har kvalitetssäkrats medan det har tagits fram. Formativ utvärdering används ofta i förbättringsarbeten. Fokus ligger på erfarenheter och praktisk nytta, inte bara hos enskilda personer utan sammantaget inom hela organisationen (Karlsson Vestman, 2011; Quinn Patton, 1997). Givet utgångspunkten i standarden ligger fokus i det framtagna redskapet på strukturer och processer enligt Donabedians modell (2005). Resultatet av vården mätt med resultatmått ingår inte i detta arbete utan är ett föremål för senare studier.

3.1 Upplägg

Ambitionen var att utveckla ett redskap som skulle vara användbart och anpassat till verksamheternas och medarbetarnas behov. Det var viktigt att belysa möjligheter och svårigheter ur olika perspektiv och ta hänsyn till olika önskemål i utformandet. För att uppnå detta fördes dialog i referensgrupper med representanter för patienter, professioner, verksamhetsutvecklare och ledning samt med olika nyckelpersoner. Vidare testades redskapet av användarna och reviderades utifrån deras synpunkter.

Figur 1. Process för utvecklande av redskap för kvalitetssäkring.



Som framgår av Figur 1 inleddes arbetet med att konkret översätta standardens krav till frågor i ett *frågeformulär*. Det primära syftet med det var att synliggöra vilka svårigheter som fanns med att göra redskapet användbart och vad som var meningsfullt att följa upp. Det var exempelvis osäkert vilken nivå frågorna skulle ligga på, det vill säga om det var den enskilda behandlarens arbete med en specifik patient eller en sammanvägning av behandlarens arbete med alla sina patienter som var intressant alternativt att hela mottagningens arbete skulle vägas samman. En annan osäkerhet var när och med vilken frekvens redskapet skulle användas, om det skulle användas efter varje vårdmöte eller efter en avslutad vårdprocess eller om det snarare skulle användas en gång om året. Ytterligare ett övervägande var i vilket syfte redskapet skulle användas – om det var som en kontroll av arbetet eller om det var för att öka kunskapen om personcentrerad vård. För att kunna göra dessa avvägningar följde en inventeringsfas för att identifiera förutsättningar och preferenser ur olika perspektiv. Synpunkter samlades in i dialogmöten, i inflytanderåden och i samtal med olika nyckelpersoner. Utifrån inventeringen togs *prototyper* fram. Redskapet bestod av två delar – en egenkontroll på organisationsnivå och ett reflektionsmaterial med självskattning på vårdnivå. Därpå följde en testfas där prototyperna testades i verksamheterna. Varje test följdes upp i en muntlig återkoppling. Med utgångspunkt i de samlade synpunkterna färdigställdes ett *redskap för kvalitetssäkring*.

3.2 Deltagare

Inventeringsfas

Synpunkter samlades in på flera olika sätt. Fem dialogmöten arrangerades för djupare resonemang kring personcentrering och kring hur ett redskap skulle kunna konstrueras. Deltagare till dessa bjöds in i syfte att säkerställa representation från olika verksamhetsområden och olika roller. Dialog fördes även med nyckelpersoner inom förvaltningen och på regionövergripande nivå för att säkerställa att redskapet skulle komplettera och fungera väl tillsammans med aktuella målsättningar och pågående förbättringsarbeten. Vidare inhämtades synpunkter från representanter för patientorganisationer (se Tabell 1).

Samtliga möten inleddes med en övergripande introduktion till standarden och en beskrivning av arbetet med att ta fram redskapet för kvalitets-säkring. På dialogmötena låg därefter fokus på temana användbarhet, kvalitet och utmaningar (se Bilaga 1 för underlag). Tyngdpunkten varierade beroende på deltagarnas roll. Med representanterna för behandlarperspektivet diskuterades redskapet på vårdnivå och mer ingående hur man kan säkerställa att användning av redskapet inte innebär ett onödigt mätande som belastar verksamheten. Denna risk beskrivs utförligt av Lindgren (2008) i *Utvärderingsmonstret*. Med peer supporterna diskuterades både vård- och organisationsnivå och hur man såg på de olika delarna av standarden. Med cheferna och verksamhetsutvecklarna diskuterades redskapet på organisationsnivå med betoning på hur man kan skapa förutsättningar för PCV. Övriga möten hade olika fokus beroende på representanternas specialkompetens. Mötena med inflytanderåden var viktiga både för att få patientrepresentanternas synpunkter och för att informera om arbetet med PCV inom förvaltningen.

Tabell 1. Översikt över deltagare i inventeringsfasen

Perspektiv	Representanter
Patienter	Peer supportrar
	Inflytanderåd för psykiatri, habiliteringen och syn, hörsel och döv
Behandlare	Yrkesutvecklare och utvecklingsledare från habiliteringen, syn, hörsel och döv samt hjälpmedel.
	Yrkesrepresentanter från vuxenpsykiatri och barn och ungdomspsykiatri
Ledning	Chefer från olika verksamhetsområden på olika nivå (VC, OC och EC)
Verksamhet	Verksamhetsutvecklare från olika verksamhetsområden
Förvaltning	Nyckelpersoner med kunskap om IT, SDV, journalsystem, patientkontrakt, PCV och förvaltningen
Region	Nyckelpersoner med kunskap om SDV, patientkontrakt, vårdplaner och standarden

Ambitionen var att täcka in så många olika perspektiv som möjligt för att kunna utveckla ett redskap som skulle tillgodose olika behov och få en förankring hos dem som är tänkta att använda det. Sammanlagt var 51 personer och deltagarna i tre inflytanderåd involverade i utvecklingen av redskapet.

Testfas

Prototyperna testades av representanter för dem som är tänkta användare. Redskapet på organisationsnivå testades av två verksamhetschefer med deras respektive ledningsgrupper och redskapet på vårdnivå testades av fem nyckelpersoner och deras val av deltagare (se Tabell 2).

Tabell 2. Deltagare i testfasen

Redskap	Verksamheter
Organisationsnivå	VO Syn, hörsel och döv
	VO Vuxenpsykiatri Kristianstad
Vårdnivå	Dövblindmottagningen, Shd
	Synmottagningar vuxna, Shd
	Första linjen, BUP
	Behandlingsteam RPC Trelleborg, Rättspsykiatri
	Regionalt ätstömningscentrum, Vuxenpsykiatri Lund

De som testade redskapet hade fria händer att gå tillväga på det sätt som de ansåg som mest lämpat. Några valde att testa redskapet på ett enhetsmöte och andra valde att testa det med ett fåtal kollegor. Några valde frågor relaterade till en av standardens delar och andra valde frågor inom flera delar. Det var även fritt att använda olika delar av redskapet i den ordning som man ville.

Resultatet av testet och synpunkter på redskapet återkopplades muntligen och i vissa fall skriftligen. Vid behov kontaktades deltagarna i inventerings- och testfasen för förtydliganden och synpunkter på revideringsförslag.

Både från behandlare och chefer framkom en rad förbättringsförslag som har legat till grund för färdigställandet av redskapet. Namnen på redskapets delar justerades och rubriknamnen i de olika dokumenten reviderades. Justeringar gjordes även i redskapets struktur och layout.

Det framkom både på organisations- och vårdnivå synpunkter kring att frågornas formuleringar och begrepp var svåra. Därför förenklades de och formuleringarna blev därmed friare i relation till standarden. Framtagandet av frågorna i redskapet har generellt sett varit en balansgång mellan att tillgodose behoven av att göra frågorna så lika standardens krav som möjligt och att följa god standard för formulering av utvärderings- och skattningsfrågor. Efter testningen av redskapet försköts tyngdpunkten något till fördel för det senare.

4. Resultat

Resultatet redovisas i tre delar. I 4.1 beskrivs grunderna för redskapets utformning såsom de formulerats utifrån de behov och preferenser som samlats in från praktiker och verksamheter. I 4.2 beskrivs redskapets olika delar. I 4.3 beskrivs hur redskapet kan användas utifrån de synpunkter som inkom i samband med att redskapet testades.

4.1 Behov av redskap för PCV

De synpunkter som samlades in från patientrepresentanter, behandlare och ledning utgör en viktig grund för redskapets utformning. Dialogerna med patientrepresentanter bekräftade att de tre PCV-områden som ingår i redskapet på vårdnivå är viktiga att utveckla, inte minst berättelse och dokumentation. Peer supportrarna menade att verksamheterna kan arbeta med att utveckla patientdelaktighet, bland annat genom att patienten får en mycket mer aktiv roll i vårdmötet.

I dialogerna med behandlare framkom att de har en stark drivkraft och stor erfarenhet av att arbeta för att göra patienter delaktiga, men att de ser behov av stödstrukturer för att kunna utveckla arbetet. Standardens minimikrav uppfattas ligga i linje med det som de strävar efter i det kliniska arbetet. De såg det som positivt att få tillgång till ett redskap som ger möjlighet för lärande och feedback kring införandet av PCV i förvaltningen.

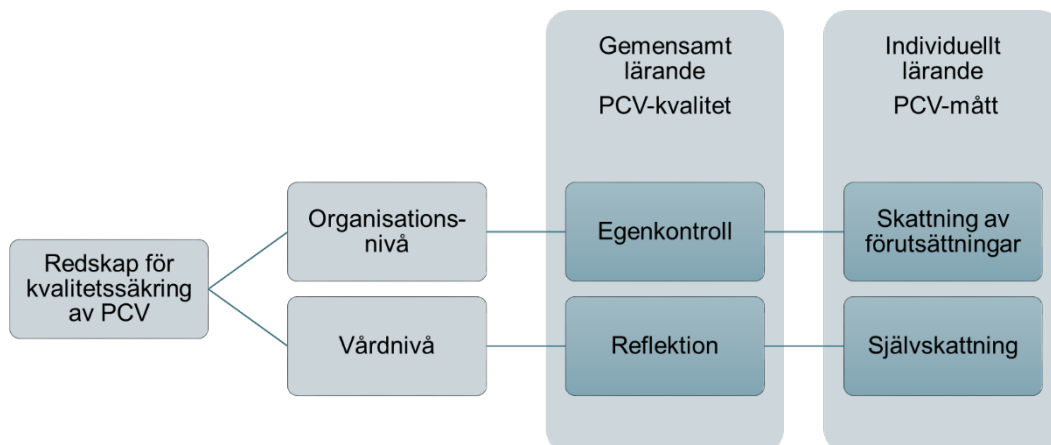
Ur ledningens perspektiv sågs det som viktigt att få stöd i att konkretisera arbetet med PCV. Förslaget om att utveckla ett redskap för PCV togs därför emot positivt. Cheferna beskrev det som viktigt att utifrån standarden få en grund för att mäta rätt saker och att inom verksamheterna få stöd för att identifiera utvecklingspotential och förbättringsområden. Cheferna betonade att det är viktigt att arbetet med PCV kan kombineras med befintliga system, för att inte bli ytterligare en arbetsuppgift. Detta upprepades av verksamhetsutvecklarna som även såg risker för att det kunde bli svårt att implementera ett redskap hos medarbetarna på grund av hög belastning och förändringströtthet. Flexibiliteten i användandet av redskapet ansågs som viktigt och både chefer och verksamhetsutvecklare betonade att man inte vill ha för stark styrning gällande hur redskapen för PCV ska användas. Det kan konstateras att det ur patient-, behandlar- och ledningsperspektiv finns ett stort intresse för att arbeta med delaktighet på ett mer strukturerat sätt i förvaltningen.

I samtal med representanter för SDV och övriga representanter från Region Skåne blev det tydligt att redskapet för PCV har beröringspunkter med många andra pågående processer kring patientdelaktighet i regionen, såsom patientkontrakt, utveckling av vårdplaner, SDV, Framtidens hälso- och sjukvårdssystem, Nära vård etc. Redskapet ansågs dock inte att stå i konflikt med dessa processer utan uppfattades som ett värdefullt komplement. Utifrån de behov som beskrivs ovan har redskapet för PCV tagits fram.

4.2 Redskap för kvalitetssäkring av PCV

Redskapet består av fyra delar på två nivåer (se Figur 2). Organisationsnivån riktar sig till chefer och ledningsgrupper medan vårdnivån framför allt riktar sig till behandlare, men även till övriga medarbetare som möter eller arbetar mot patienter. Redskapets tyngdpunkt ligger på det gemensamma lärandet. Tanken är att det är i dialog om vad PCV är och hur det konkretiseras i den egna verksamheten och i det egna arbetet som kvaliteten säkerställs. På organisationsnivå är redskapet utformat som en egenkontroll och på vårdnivå som en reflektion. Det är också viktigt att kunna mäta PCV. Två skattningsinstrument har konstruerats för att möjliggöra detta – en skattning av verksamhetens förutsättningar för PCV respektive en självskattning av PCV i det egna arbetet. Tanken är att skattningsarna används individuellt och att de upprepas vid behov.

Figur 2. Redskap för kvalitetssäkring av PCV – delar



Kvalitetssäkring på organisationsnivå

På organisationsnivå syftar redskapet till att säkerställa att organisationen skapar goda förutsättningar för PCV. I överensstämmelse med standardens minimikrav handlar det om att det ska finnas etablerade rutiner och tidsmässigt utrymme att etablera och upprätthålla en personcentrerad vård med samtliga patienter. Det innefattar även att tillgodose en säker miljö som gör det möjligt att dokumentera och dela information om patienten med hänsyn till sekretess och integritet.

Egenkontrollen används av chefer och ledningsgrupper som stöd för att kvalitetssäkra arbetet med PCV i den egna verksamheten (se Figur 3). Den består av 20 frågor som utgör underlag för en gemensam reflektion kring PCV och vilka förutsättningar för PCV som finns i den egna verksamheten i nuläget. Genom att tillsammans resonera kring vilka faktorer och rutiner som främjar PCV blir det möjligt att få en samsyn kring vad PCV är och hur det kan upprätthållas. I samtalet synliggörs även skillnader i uppfattningen om PCV och att det kanske ser olika ut i olika delar av verksamheten. Detta utgör underlag för att identifiera förbättringsmöjligheter och åtgärder för att stärka graden av PCV.

Figur 3. Egenkontroll – struktur och exempel på frågor

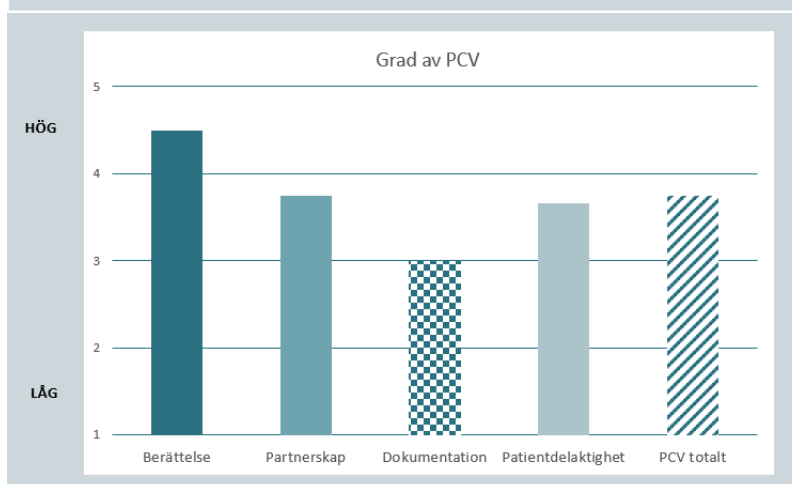
		Nuläge	Plan för PCV
Berättelse [Krav 4.2.1]		<i>Ange om och hur kravet tillgodoses</i>	<i>Beskriv identifierade förbättringsmöjligheter och ange vilka åtgärder som ska genomföras</i>
Fråga 1-4			
1.	Utbildas vårdpersonalen i att inhämta patientens berättelse?	Klicka här för att ange text.	Klicka här för att ange text.
Partnerskap [Krav 5.2.1]		<i>Ange om och hur kravet tillgodoses</i>	<i>Beskriv identifierade förbättringsmöjligheter och vilka åtgärder som ska genomföras</i>
Fråga 5-8			
5.	Finns det rutiner som gör det möjligt för patienten att delta i beslut om sin vård?	Klicka här för att ange text.	Klicka här för att ange text.
Dokumentation, vårdplan och informationsdelning [Krav 6.2.1]		<i>Ange om och hur kravet tillgodoses</i>	<i>Beskriv identifierade förbättringsmöjligheter och vilka åtgärder som ska genomföras</i>
Fråga 9-11			
9.	Finns det rutiner för att vårdpersonalen ska granska vårdplaner?	Klicka här för att ange text.	Klicka här för att ange text.
Patientdelaktighet och allmänhetens engagemang inom ledning, organisation och beslutsfattande [Krav 7.2]		<i>Ange om och hur kravet tillgodoses</i>	<i>Beskriv identifierade förbättringsmöjligheter och vilka åtgärder som ska genomföras</i>
Fråga 12-20			
12.	Är olika professioner representerade i kvalitetsförbättring på operativ och strategisk utvecklingsnivå?	Klicka här för att ange text.	Klicka här för att ange text.

Resultatet av egenkontrollen dokumenteras i realtid. Dels beskrivs nuläget, i vilken utsträckning det finns förutsättningar för PCV och hur dessa ser ut, och dels beskrivs vilka förändringar och åtgärder som ska genomföras för att förbättra PCV inom verksamheten.

Skattningen av PCV inom verksamheten används för att göra en bedömning av i vilken utsträckning den egna verksamheten lever upp till kraven enligt standarden. Den ger en uppfattning om eller ett mått på graden av PCV vid ett givet tillfälle. Även skattningen består av 20 frågor enligt samma princip som egenkontrollen, men här är frågorna formulerade för att avgöra *i vilken utsträckning* ett visst minimikrav uppfylls. Frågorna besvaras på en skala 1-5 där 1 står för inte alls och 5 för helt och hållet. När samtliga frågor besvarats får man ett resultat i diagramform där det även framgår inom vilka områden arbetet med PCV kan behöva stärkas (se Figur 4).

Figur 4. Skattning av PCV i verksamhet – struktur, exempel på frågor och resultat

Fråga	Berättelse	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Fråga 1-4						
1.	I vilken utsträckning är vårdpersonalen utbildad i att inhämta patientens berättelse?					
Fråga	Partnerskap	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Fråga 5-8						
5.	I vilken utsträckning finns det rutiner för patientens inflytande över beslut om sin vård?					
Fråga	Dokumentation	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Fråga 9-11						
9.	I vilken utsträckning finns det rutiner för att vårdpersonalen ska granska vårdplaner?					
Fråga	Patientdelaktighet	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Fråga 12-20						
12.	I vilken utsträckning är olika professioner representerade i kvalitetsförbättring på operativ och strategisk utvecklingsnivå?					



Kvalitetssäkring på vårdnivå

På vårdnivå syftar redskapet till att kvalitetssäkra PCV i det direkta mötet med patienter. I överensstämmelse med standardens minimikrav handlar det om att säkerställa att patientens berättelse inhämtas, att partnerskap med patienten upprättas och att det som är viktigt för vården dokumenteras. Samtidigt som standarden anger en lägsta nivå för vad som krävs för att PCV ska uppnås är personcentrering ett relativt begrepp på så sätt att det kan variera mellan individer och situationer hur en hög grad av PCV uppnås. Detta pekar på betydelsen av det gemensamma lärandet. Genom att resonera tillsammans kring hur PCV kan stärkas i arbetet med patienter och vilka anpassningar som kan behövas i vissa situationer och

med vissa patienter blir det tydligt både vad PCV är och hur det kan utvecklas och förbättras.

Reflektionen utgår från tre av standardens fyra delar – berättelse, partnerskap och dokumentation. För varje del finns rubrikerna *reflektionsfrågor*, *inspiration* och *minimikrav* (se Figur 5).

Figur 5. Reflektion



Reflektionsfrågorna är förslag på frågor som ska diskuteras i grupp (se Figur 6). De är formulerade enligt modellen "Hur kan man..." för att initiera en öppen diskussion och bidra till att sätta igång tankarna kring PCV. Det finns 14 reflektionsfrågor varav tre för berättelse, åtta för partnerskap och tre för dokumentation. Till varje fråga finns mellan två och fyra följdfrågor som är till för att stödja en nyanserad diskussion.

Under rubriken inspiration finns exempel och beskrivningar som är tänkta att ytterligare främja diskussionen (se figur 7). Där finns goda exempel från olika verksamheter inom förvaltningen, förslag på hur man kan tänka kring och arbeta med PCV samt förtydliganden av vissa centrala begrepp, exempelvis "delat beslutsfattande".

Under rubriken minimikrav återges kraven såsom de uttrycks i standarden. Syftet är att göra standarden lättillgänglig och bidra till kunskapen om den.

Figur 6. Exempel på reflektionsfrågor.

<p>BERÄTTELSE Reflektionsfråga 1</p> <p>Hur kan man förbereda patienten (inför vårdmötet) på att förmedla sin berättelse? <i>Hur gör ni idag?</i> <i>Hur skulle ni själv vilja bli förberedda?</i> <i>Behöver man tänka olika med olika patienter?</i></p> <p>BAKÅT</p> 
<p>PARTNERSKAP Reflektionsfråga 1</p> <p>Hur kan man veta att patienten förstår sin roll i de beslut som tas om vården, så kallat delat beslutsfattande? <i>Hur gör ni för att göra patienten delaktig i beslut?</i> <i>Vad krävs för att ett delat beslutsfattande ska vara uppnått?</i> <i>Vilka gränser finns för patientens inflytande över vården?</i></p> <p>BAKÅT</p> 
<p>DOKUMENTATION Reflektionsfråga 1</p> <p>Hur kan man involvera patienten i planering och uppföljning av vårdplanen? <i>Finns det svårigheter med att involvera patienten?</i> <i>Brukar ni involvera patienten i uppföljningen?</i></p> <p>BAKÅT</p> 

Figur 7. Exempel på inspiration.

BERÄTTELSE

Exempel på förberedelse

Synmottagningarna för vuxna har många äldre patienter. Personalen märkte att det fanns en stor osäkerhet hos patienterna inför första besöket på mottagningen och att en stor del av det första besöket gick till praktiska frågor. Av denna anledning började de använda sig av så kallade **FR-samtal** (Förberedande Rehabiliteringssamtal) för att minska patienternas osäkerhet, förbereda dem inför besöket och ge dem möjlighet att ställa frågor. Numera bokas FR-samtal för alla nyremitterade patienter.

FR-samtalen genomförs av synpedagog eller kurator som telefonsamtal cirka 2 veckor före första besöket och tar max 15 minuter. Samtalet handlar om *tillgänglighet* (om tiden för första besök passar, hur de hittar till och kan ta sig till mottagningen), *arbetsätt* (hur man arbetar med rehabilitering och vilka yrkesgrupper som finns på mottagningen) och *förberedelse* (vem de ska träffa, att man kommer att göra en kartläggning och vad det innebär, att de kommer att få svara på frågor om hur vardagen fungerar och vilka svårigheter de har, att man kommer att formulera en mål- och handlingsplan).

BAKÅT



PARTNERSKAP

Delat beslutsfattande

I standarden för personcentrerad vård är **delat beslutsfattande** en viktig del. Det definieras som beslutsfattande i partnerskap mellan patient och vårdpersonal.

Delat beslutsfattande är en metod för att tillsammans med patienten arbeta mot målet att alla beslut i patientens vård och omsorg ska vara gemensamma beslut. I metoden ingår att ge information om alternativ, tydliggöra individens preferenser, fatta gemensamma beslut om behandling och stödinsatser samt göra en plan för vården.

För att delat beslutsfattande ska vara etablerat behöver följande förutsättningar vara uppfyllda: 1) Minst två personer ska vara inblandade, 2) Alla ska ha tillgång till all relevant information, 3) Alla ska delta i processen, och 4) Alla ska acceptera det beslut som fattas.

BAKÅT

Svenska institutet för standarder (2020)
Sveriges Kommuner och Regioner (u.å.)



DOKUMENTATION

Exempel på journalgranskning

I februari 2020 genomförde Vuxenpsykiatri Kristianstad en **journalgranskning** för att bland annat undersöka i vilken utsträckning patienternas egna mål framgick i vårdplanerna.

Ett slumpmässigt urval vårdplaner från varje enhet granskades och en bedömning av vårdplanernas kvalitet gjordes. Kriterierna för granskningen var bland annat om det fanns mål och delmål i vårdplanen, om patienten medverkat vid upprättandet av vårdplanen och om patienten fått en utskrift av vårdplanen.

Granskningen visade att det fanns utrymme för förbättring vad gäller vårdplanernas beskrivning av helheten, att det var osäkert om patienterna fått ta del av vårdplanen och att det var viktigt att patientens mål framgick för att det skulle kunna räknas som en gemensam plan.

BAKÅT



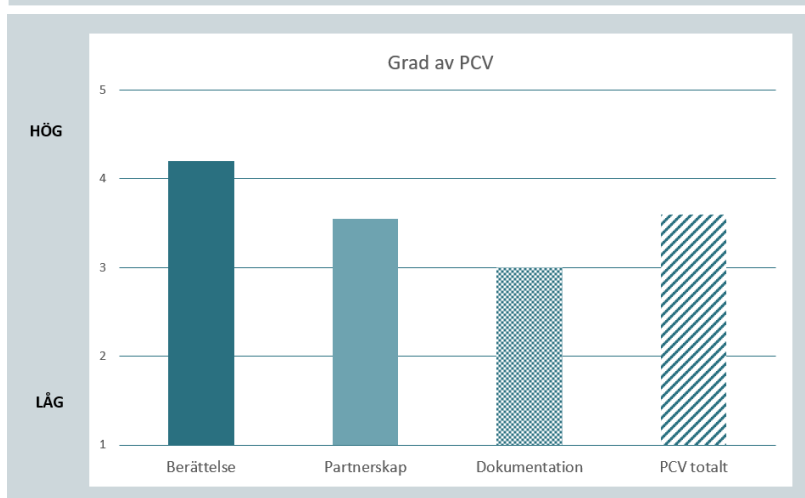
Materialet är utformat för att vara flexibelt och kunna anpassas till verksamhetens behov och förutsättningar. Det kan användas i sin helhet vid enstaka tillfällen och med viss regelbundenhet eller i kortare sittningar med fokus på ett specifikt område.

För att reflektionen inte bara ska vara värdefull för stunden utan att det som framkommer i diskussionen ska leda till förbättring och utgöra underlag för det fortsatta arbetet är det viktigt att dokumentera det. Till reflektionen har en särskild mall för detta tagits fram - "Nuläge och plan för PCV" (Bilaga 2). I detta dokument beskrivs nuläget, det vill säga hur man arbetar med PCV idag, och de förbättringsförslag som framkommer. Sist kan en plan för det fortsatta PCV-arbetet formuleras. Det kan handla om vilka åtgärder som ska genomföras, vad som ska förändras och om något ska lyftas i målarbetet.

När det gäller självskattningen på vårdnivå är den utformad för att användas individuellt för att få en uppfattning om det egna arbetet med PCV och i vilken utsträckning det når upp till minimikraven enligt standarden (se Figur 8). Den ger ett mått på graden av PCV vid ett givet tillfälle. Skattningen består av 20 frågor som är formulerade enligt modellen "*I vilken utsträckning...*" med svarsalternativ på en skala 1-5 där 1 står för inte alls och 5 för helt och hållet. När samtliga frågor besvarats får man ett resultat i diagramform där det även framgår inom vilka områden arbetet med PCV kan behöva stärkas.

Figur 8. Självsfattning av PCV- struktur, exempel på frågor och resultat

Fråga	Berättelse	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Fråga 1-5						
1.	I vilken utsträckning förbereder du patienten (inför mötet) på att förmedla sin berättelse?					
Fråga	Partnerskap	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Fråga 6-16						
6.	I vilken utsträckning dokumenterar du vilket inflytande patienten vill ha över sin vård?					
Fråga	Dokumentation	Inte alls	Ganska lite	Delvis	Ganska mycket	Helt och hållet
Fråga 17-20						
17.	I vilken utsträckning ger du patienten möjlighet att delta i planering, avstämning och utvärdering av vårdplanen?					



4.3 Användning av redskap för PCV

De synpunkter som samlades in i samband med att redskapet testades gav viktig information om hur det kan användas i praktiken.

Egenkontroll och skattning av förutsättningar

Verksamhetscheferna menar att egenkontrollen är användbar för att kvalitetssäkra det pågående arbetet med PCV inom verksamheterna. Det ses som en fördel att egenkontrollen konkretiserar PCV och ger stöd för att hålla fokus på de många olika aspekterna av personcentrerade arbetssätt. Att systematiskt gå genom frågorna i egenkontrollen beskrivs som en möjlighet för deltagarna i ledningsgruppen att lära sig mer om personcentrerad vård. Verksamhetscheferna menar att det är fördelaktigt att använda egenkontrollen i samband med det årliga målarbetet. Ett

förslag är att man gör en grundlig genomgång i verksamhetens ledningsgrupp vid första tillfället och därefter utgår från denna för att kunna följa verksamhetens förändring gällande personcentrerade arbetssätt. Det uppfattas som viktigt att egenkontrollen leds av en samtalsledare som är insatt i materialet och i verksamheten. Verksamhetscheferna lyfter även att för att få bäst spridning bör egenkontrollen användas flexibelt och utifrån de behov som finns i den aktuella verksamheten.

Skattningen av i vilken utsträckning minimikraven uppfylls av verksamheten ses som värdefull, men svår att genomföra tillsammans i ledningsgruppen. Den används istället lämpligen antingen som förberedelse inför den gemensamma diskussionen eller efteråt som uppföljning.

Med utgångspunkt i synpunkter från verksamhetschefer kan följande instruktion för användning av egenkontroll och skattning av förutsättningar på organisationsnivå formuleras:

Förslagsvis används egenkontrollen årligen inför målarbetet. Egenkontrollen leds lämpligen av en samtalsledare. Denne bör vara insatt i materialet inför samtalet. Anteckningar om Nuläge och Förbättringsmöjligheter görs i realtid under mötet. De som ska delta i egenkontrollen kan använda verksamhetsskattningen som förberedelse inför den gemensamma diskussionen.

Testningen av egenkontrollen och skattningen av förutsättningar ledde till en rad förbättringar av redskapet och till tydliga beskrivningar av hur redskapet bäst kan användas inom förvaltningen.

Reflektion och självskattning

Behandlarna menar att reflektionen har ett enkelt och bra upplägg och är användbar för att genomlysna verksamheten, mottagningen eller det egna kliniska arbetet. De bekräftar att reflektionsfrågorna leder till givande diskussioner om PCV och ger stöd för att identifiera förbättringsmöjligheter. Frågorna upplevs som relevanta, men i vissa fall svåra att svara på. Behandlarna beskriver att reflektionen kan användas för att få syn på patientens perspektiv i svåra ärenden. De menar att inspirationstexterna fyller sin funktion och ger upphov till nya idéer kring arbetssätt som ökar PCV. Ett återkommande förslag är att inspirationen löpande kan fyllas på med goda exempel.

En viktig synpunkt är att det behövs en samtalsledare som håller i reflektionen. Samtalsledaren är betydelsefull för att anpassa innehållet till den aktuella kontexten och den specifika verksamhetens behov. Genom att välja ut frågor för reflektion kan samtalsledaren lägga tyngdpunkten på

det som är relevant för deltagarna och belysa de styrkor och svagheter som finns i befintliga arbetssätt. Exempel som nämndes var att en viss verksamhet hade behov av att utveckla rutiner kring dokumentation, ett annat att en viss yrkesgrupp ville fördjupa sig kring partnerskap. Behandlarna menar att det är en fördel om chefen är med under reflektionen så att denne kan fånga upp det som framkommer i diskussionerna.

Behandlarna menar att reflektionsredskapet lämpar sig för diskussion i grupp med kollegor och självskattningen för att bedöma det egna arbetssättet. De ser reflektionen som användbar för behandlare som arbetar tillsammans i team, på enheter eller som tillhör samma yrkesgrupp och har även föreslagit att den kan användas i arbetet med en specifik patient för att hitta en samsyn kring hur patientens vård ska utformas.

När det gäller självskattningen konstaterar behandlarna att det är fullt rimligt att göra en helhetsbedömning av hur man arbetar med sina patienter, vilket innebär att självskattningen ses som användbar. Självskattningen kan användas antingen som en förberedelse inför att den gemensamma reflektionen eller efteråt som en uppföljning och behandlarna menar att det är positivt med möjlighet till flexibel användning.

Det finns en samsyn kring att redskapet inte ska användas i det dagliga arbetet utan i stället några gånger om året, exempelvis på planeringsdagar, APT, i svåra patientärenden eller i utbildning. För att säkerställa användning av redskapet föreslår behandlarna att det kan användas i samband med att mål och aktiviteter tas fram. De betonar betydelsen av att ledningen stödjer användandet av materialet.

Med utgångspunkt i synpunkter från behandlare har följande instruktion för användning av reflektion och självskattning på vårdnivå formulerats:

Reflektionen leds lämpligen av en samtalsledare. Denne bör vara insatt i materialet inför samtalet. Anteckningar om det som kommer fram i reflektionen görs lämpligtvis i realtid under mötet av någon annan än samtalsledaren i dokumentet "Nuläge och plan för PCV". Materialet är utformat för att passa många olika yrkesgrupper och verksamheter, men allt är inte lika relevant för alla. Lägg därför fokus där ni ser behov av att reflektera kring PCV. Självskattningen används individuellt för att få ett mått på PCV i det egna arbetet antingen som förberedelse inför reflektionen eller efteråt.

Testningen av reflektionen och självskattningen ledde till en rad förbättringar av redskapet och till tydliga beskrivningar av hur redskapet bäst kan användas inom förvaltningen.

5. Slutsatser

Standarden för PCV utgör ett ramverk för kvalitet som kan användas för att systematiskt kvalitetssäkra PCV inom hälso- och sjukvård. Genom att använda standarden i kvalitetssäkring stärks patientens ställning i vården, vilket ger nya förutsättningar för att infria ambitionen att vården ska bygga på PCV. I föreliggande rapport redovisas ett redskap som utvecklats utifrån standardens krav och reviderats utifrån synpunkter ur patient-, behandlar- och ledningsperspektiv. Redskapet möjliggör en operationalisering av PCV och syftar till att stödja utvecklingen av PCV genom lärande och feedback till ledning och behandlare, vilket är i linje med SKR:s rekommendationer.

Redskapet kan användas flexibelt och kombineras lämpligtvis med befintliga system för kvalitetssäkring för att på ett systematiskt sätt formulera mål och aktiviteter kring PCV. Användandet av redskapet kan följas av andra initiativ som stärker PCV, exempelvis utbildningar.

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel har redan en rad olika strukturer som säkerställer kvalitet, till exempel standardiserade vårdprocesser (SVP), gällande den medicinska och psykosociala kvaliteten. Som ett komplement till SVP kan standarden för PCV ge en struktur för patienters delaktighet och göra det möjligt att precisera kvalitetsindikatorer för att följa upp patienters delaktighet i vården. Detta är i överensstämmelse med vad SKR och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys förespråkar. I föreliggande rapport beskrivs hur standarden för PCV kan användas för att utveckla processer som ska öka patienternas delaktighet inom förvaltningen. För att säkerställa att förvaltningens ambitioner förverkligas är det viktigt att följa upp arbetet ur patientperspektiv.

Det framtagna redskapet säkerställer att förvaltningen kan arbeta vidare med att förbättra vårdens kvalitet. Det ger stöd för att leva upp till ambitionen att erbjuda personcentrerad vård och ger möjlighet att följa upp vården på ett systematiskt sätt.

Referenser

- de Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*. The Health Foundation.
[file:///rsfs082/Hem5\\$/146415/Downloads/HelpingMeasurePersonCentredCare%20\(5\).pdf](file:///rsfs082/Hem5$/146415/Downloads/HelpingMeasurePersonCentredCare%20(5).pdf)
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691–729.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
- Ekman, I., Nordberg, A., & Swedberg, K. (2018). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (red). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Liber.
- EU (2020). CEN/TC 450, *Minimum requirements of patient involvement in person-centred care*. EN 17398.
- Hälso- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- Karlsson Vestman, O. (2011). *Utvärderandets konst*. Studentlitteratur.
- Koivisto, M-L. (2017). Förändring som utmanar maktstrukturer. *Läkartidningen*, 41/2017.
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2017/10/forandring-som-utmanar-maktstrukturer/>
- Lindgren, L. (2008). *Utvärderingsmonstret. Kvalitets- och resultatmätning i den offentliga sektorn*. Studentlitteratur.
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T.E., Porock, D., van Lieshout F., & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (Suppl):1-15.
- Patientlag (SFS 2014:821). Socialdepartementet
www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Quinn Patton, M. (1997). *Utilization-focused evaluation*. Sage.
- SBU. (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan*

- påverka patientens förutsättningar för delaktighet*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU-rapport nr 260.
https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf
- Shier, H. (2001). Pathways to Participation: Openings, opportunities and obligations. *Children & Society*, 15: 107–117.
- SKR. (2018). *Personcentrerad vård i Sverige*.
<https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef3837a/1642162020005/7585-631-5.pdf>
- SKR (31 augusti 2022). *Patientkontrakt*.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt.28918.html>
- SKR. (29 april 2022). *Personcentrerat förhållningssätt*.
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/personcentreratforhallningssatt.16029.html>
- Socialdepartementet (4 maj 2017) *Patientkontrakt*.
<https://www.regeringen.se/artiklar/2017/05/patientkontrakt/>
- Socialstyrelsen (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, 2001.
- Socialstyrelsen (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. (Artikelnr 2009-11-5) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2009-11-5.pdf>
- Socialstyrelsen (2013). *Att ge ordet och lämna plats. Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. (Artikelnr 2013-5-5)
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf>
- Socialstyrelsen (26 september 2018) *Delat beslutsfattande*.
<https://roi.socialstyrelsen.se/kvalitetsindikatorer/delat-beslutsfattande/5dd3e487-5022-4c9e-96ab-fc0f6e8d0f67>

Stallinga, H. A., Dijkstra, P. U., Bos, I., Heerkens, Y. F., & Roodbol, P. F. (2014). The ambiguity of the concept of participation in measurement instruments: operationalization of participation influences research outcomes. *Clinical Rehabilitation*, 28: 1225-1236.

Swedish Standards Institute (SIS). (2020). Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård – Minimikrav för personcentrerad vård. (SS-EN 17398:2020). Svenska institutet för standarder. <https://www.sis.se/produkter/halso-och-sjukvard/medicin-allmant/halso-och-sjukvardstjanster-allmant/ss-en-173982020/>

Thorsted, S. & Waldo, Å. (2016). *Delaktighet inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne*. FoU-rapport 4/2016. Forsknings- och utvecklingsenheten, Psykiatri och habilitering Region Skåne.

Vårdanalys. (2017). *Lag utan genomslag*. Rapport 2017:2. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/03/Rapport-2017-2-Lag-utan-genomslag.pdf>

Vårdanalys. (2018). *Från mottagare till medskapare*. Rapport 2018:8. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-2018-08-Fran-mottagare-till-medskapare.pdf>

Vård- och omsorgsanalys. (2021). *Ledas lika, ledas rätt?* Rapport 2021:9. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. [file:///rsfs082/Hem5\\$/146415/Downloads/Rapport-2021-9-Ledas-lika-ledas-r%C3%A4tt%20\(1\).pdf](file:///rsfs082/Hem5$/146415/Downloads/Rapport-2021-9-Ledas-lika-ledas-r%C3%A4tt%20(1).pdf)

Vård- och omsorgsanalys. (2021). *En lag som kräver omtag*. Rapport 2021:10. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. [file:///rsfs082/Hem5\\$/146415/Downloads/Rapport-2021-10-En-lag-som-kr%C3%A4ver-omtag%20\(5\).pdf](file:///rsfs082/Hem5$/146415/Downloads/Rapport-2021-10-En-lag-som-kr%C3%A4ver-omtag%20(5).pdf)

Bilagor

Bilaga 1. Underlag för dialog

Användbarhet

Vårdnivå: Hur kontinuerlig egenkontroll kan säkerställas utan att det blir en belastning i arbetet. När och hur egenkontrollen bör/kan användas.

Organisationsnivå: Hur redskapen för egenkontroll kan användas för att säkerställa PCV.

Kvalitet

Vårdnivå: Hur hög kvalitet på samtal och dokumentation kan uppnås. Vad som är rimligt att dokumentera i vårdplanen.

Organisationsnivå: Hur förutsättningarna för PCV kan säkerställas.

Utmaningar

Vårdnivå: I vilken utsträckning standarden innebär en förändring. Vad som behöver förändras för att standarden ska kunna implementeras.

Organisationsnivå: Var de största utmaningarna finns.

Bilaga 2. Mall för dokumentation av Reflektion på vårdnivå

KVALITETSSÄKRING enligt standard för PCV – vårdnivå

Nuläge och plan för PCV

REFLEKTION	Datum: Klicka här för att ange datum.
VO/enhet/team: Klicka här för att ange text.	Samtalsledare: Ange samtalsledarens namn.
Deltagare: Klicka här för att ange vilka som deltog.	

BERÄTTELSE

Beskriv vad som kommer fram i reflektionen. Hur arbetar ni med PCV idag?

Klicka här för att ange text.

Ange de förbättringsförslag och möjliga åtgärder som kommer fram i reflektionen.

Klicka här för att ange text.

PARTNERSKAP

Beskriv vad som kommer fram i reflektionen. Hur arbetar ni med PCV idag?

Klicka här för att ange text.

Ange de förbättringsförslag och möjliga åtgärder som kommer fram i reflektionen.

Klicka här för att ange text.

Åsa Waldo & Stine Thorsted
FOUU-enheten, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

DOKUMENTATION

Beskriv vad som kommer fram i reflektionen. Hur arbetar ni med PCV idag?

Klicka här för att ange text.

Ange de förbättringsförslag och möjliga åtgärder som kommer fram i reflektionen.

Klicka här för att ange text.

PLAN FÖR PCV

Försök precisera hur arbetet med PCV kan fortsätta. Vad ska förändras? Vilka åtgärder ska genomföras? Ska något lyftas i målarbetet?

Klicka här för att ange text.

Tidigare publikationer 2002-

-
- Rapport 2/2022 *Kvalitetsmått vid journalgranskning*. ISBN 978-91-987657-3-1
-
- Rapport 1/2022 *Behandlingsstudie för dataspelsberoende i BUP. En pilotstudie*. ISBN 978-91-987656-0-1
-
- Rapport 7/2021 *Minoritetsstress hos vuxna teckenspråkiga döva*. 978-91-986060-7-2
-
- Rapport 6/2021 *Interventioner vid dyskalkuli*. ISBN 978-91-986060-4-1
-
- Rapport 5/2021 *Personer med hemmasittarproblematik och autism*. ISBN 978-91-986060-5-8
-
- Rapport 4/2021 *Good Psychiatric Management*. ISBN 978-91-986060-3-4
-
- Rapport 3/2021 *Träning av ögonrörelser för förbättrad läsfunktion*. ISBN 978-91-986060-2-7
-
- Rapport 2/2021 *Internetbaserad KBT för ungdomar med sömnsvårigheter*. ISBN 978-91-986060-1-0
-
- Rapport 1/2021 *Exponeringsbaserad KBT för barn och unga med OCD*. ISBN 978-91-7261-340-9
-
- Rapport 10/2020 *Unga vuxna med förvärvad hjärnskada i barndomen*. ISBN 978-91-7261-339-3
-
- Rapport 9/2020 *Huvudprocesser inom vuxenhabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-337-9
-
- Rapport 8/2020 *Mobila RIK i Skåne*. ISBN 978-91-7261-335-5
-
- Rapport 7/2020 *AKK inom sjukvården*. ISBN 978-91-7261-334-8
-
- Rapport 6/2020 *En forskningsöversikt om icke-manuella signaler i teckenspråkstolkning*. ISBN 978-91-7261-333-1
-
- Rapport 5/2020 *Kartläggningmaterial inom orientering och förflyttning*. ISBN 978-91-7261-338-6
-
- Rapport 4/2020 *Stöd till personer med lindrig intellektuell funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-332-4
-
- Rapport 3/2020 *Samtalsmaterialet "Det här är jag!"* ISBN 978-91-7261-331-7
-
- Rapport 2/2020 *Teckenspråkstolkens påverkan vid behandlingssamtal*. ISBN 978-91-7261-330-0
-
- Rapport 1/2020 *Audionomledd kognitiv intervention vid tinnitus*. ISBN 978-91-7261-329-4
-
- Rapport 7/2019 *Habilitering och rehabilitering på distans*. ISBN 978-91-7261-328-7
-
- Rapport 6/2019 *Audionomledda metoder inom tinnitusrehabilitering*. ISBN 978-91-7261-327-0
-
- Rapport 5/2019 *Patienters delaktighet i målformulering*. ISBN 978-91-7261-326-3
-
- Rapport 4/2019 *Mentaliseringsträning vid autism*. ISBN 978-91-7261-325-6
-
- Rapport 3/2019 *ALP-instrumentet som stöd för metoden "Köra för att lära"*. ISBN 978-91-7261-324-9
-
- Rapport 2/2019 *Delaktighet och digitalisering av rehabiliteringens arbetssätt*. ISBN 978-91-7261-323-2
-
- Rapport 1/2019 *Skånska stegen II*. ISBN 978-91-7261-322-5
-
- Rapport 8/2018 *Basal kroppskännedom vid autism*. ISBN 978-91-7261-321-8
-
- Rapport 7/2018 *Mötet med rehabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-320-1
-
- Rapport 6/2018 *Grafisk AKK för barn*. ISBN 978-91-7261-319-5
-
- Rapport 5/2018 *Kulturell kompetens i rehabiliteringsarbetet*. ISBN 978-91-7261-318-8
-
- Rapport 4/2018 *Barns delaktighet i sin rehabiliteringsplanering*. ISBN 978-91-7261-317-1
-
- Rapport 3/2018 *Kvalitetssäkring genom utvärdering*. ISBN 978-91-7261-316-4
-
- Rapport 2/2018 *Bedömning av sömn*. ISBN 978-91-7261-315-7
-
- Rapport 1/2018 *Självskattning av delaktighet*. ISBN 978-91-7261-314-0
-
- Rapport 7/2017 *Affektskola för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-313-3
-
- Rapport 6/2017 *Motorik och autism*. ISBN 978-91-7261-311-9
-
- Rapport 5/2017 *Motivation för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-311-9
-
- Rapport 4/2017 *Psykosocialt stöd för barn med rörelsenedsättning*. ISBN 978-91-7261-310-2
-
- Rapport 3/2017 *Mindfulness och synnedsättning*. ISBN 978-91-7261-308-9
-
- Rapport 2/2017 *Stöd till anhöriga till vuxna med autism*. ISBN 978-91-7261-307-2
-
- Rapport 1/2017 *Förskrivning av AKK-hjälpmedel*. ISBN 978-91-7261-306-5
-
- Rapport 8/2016 *Konsekvenser av språklig deprivation hos vuxna teckenspråkiga döva*. ISBN 978-91-7261-305-8
-
- Rapport 7/2016 *Förekomst av smärta, fatigue och undernäring hos vuxna med cerebral pares*. ISBN 978-91-7261-304-1
-
- Rapport 6/2016 *Strukturerad analys för 24h positionering*. ISBN 978-91-7261-303-4
-
- Rapport 5/2016 *En longitudinell studie över den kognitiva utvecklingen hos personer med CP*. ISBN 978-91-7261-302-7
-
- Rapport 4/2016 *DELAKTIGHET inom Habilitering och Hjälpmedel i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-301-0
-
- Rapport 3/2016 *Hur kan rehabiliteringarnas informationsmaterial göras mer tillgängligt?* ISBN 978-91-7261-300-3

Rapport 2/2016 *Utvärdering av användandet av surfplattor för personer med afasi*. ISBN 978-91-7261-299-0

Rapport 1/2016 *Utbildning i kommunikation för föräldrar till barn som är blinda och på tidig utvecklingsnivå*. ISBN 978-91-7261-298-3

Rapport 14/2015 *Utvärdering av samtalsgrupp kring autism*. ISBN 978-91-7261-297-6

Rapport 13/2015 *Stödsamtal som re/habiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-296-9

Rapport 12/2015 *Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande*. ISBN 978-91-7261-295-2

Rapport 11/2015 *En forskningsöversikt över valida bedömningsinstrument att använda vid gånganalys för personer med CP*. ISBN 978-91-7261-294-5

Rapport 10/2015 *Att beröra och beröras*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 9/2015 *Visuella scener som AKK – en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-292-1

Rapport 8/2015 *Interventioner i bassäng – en kartläggning inom Vuxenhabiliteringen Skåne*. ISBN 978-91-7261-291-4

Rapport 7/2015 *Basal kroppskänedom för personer med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-290-7

Rapport 6/2015 *Interventioner i bassäng*. ISBN 978-91-7261-289-1

Rapport 5/2015 *Föräldrars upplevelse av delaktighet i AKK-processen*. ISBN 978-91-7261-288-4

Rapport 4/2015 *Webbaserad MBSR vid besvär av tinnitus*. ISBN 978-91-7261-287-7

Rapport 3/2015 *Föräldrastöd inom Barn- och ungdomshabiliteringen – en utvärdering av FIQ*. ISBN 978-91-7261-286-0

Rapport 2/2015 *Smarta telefoner och surfplattor som hjälpmedel för personer med dövblindhet*. ISBN 978-91-7261-285-3

Rapport 1/2015 *Habiliteringsprocess för vuxna med Cerebral Visual Impairment i Region Skåne*. ISBN 978-91-7261-284-6

Rapport 13/2014 *Akka-platta som hjälpmedel – användning och målpuppfyllelse*. ISBN 978-91-7261-282-2

Rapport 12/2014 *Ung vuxen – en rehabiliteringsinsats för att stödja vuxenblivandet*. ISBN 978-91-7261-281-5

Rapport 11/2014 *Utvärdering av "Kompisprat"*. ISBN 978-91-7261-278-5

Rapport 10/2014 *Mindfulness för vuxna med funktionsnedsättning*. ISBN 978-91-7261-277-8

Rapport 9/2014 *Utvärdering av mentorskurs för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-276-1

Rapport 8/2014 *Dysfagi och cerebral pares – en forskningsöversikt*. ISBN 978-91-7261-275-4

Rapport 7/2014 *Elektrodressen – en studie av mätbara och upplevda effekter av behandlingen*. ISBN 978-91-7261-274-7

Rapport 6/2014 *Hur surfplattan används i vardagen av en grupp barn i behov av grafisk AKK*. ISBN 978-91-7261-273-0

Rapport 5/2014 *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och dess tillämpning på vanligt förekommande besvär för personer som rehabiliteras inom Syn-, hörsel- och dövverksamheten*. ISBN 978-91-7261-272-3

Rapport 4/2014 *Ungdomsgrupp som stöd för transition*. ISBN 978-91-7261-271-6

Rapport 3/2014 *Utvärdering av samtalsgrupp om sex och samlevnad för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-270-9

Rapport 2/2014 *Kurs i Vardagssamtal för personer med Aspergers*. ISBN 978-91-7261-269-3

Rapport 1/2014 *Vara på stan för ungdomar med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-268-6

Rapport 15/2013 *Föräldrars upplevelse av Auditory Verbal Therapy (AVT) som rehabiliteringsinsats*. ISBN 978-91-7261-266-2

Rapport 14/2013 *Rehabilitering vid lätt till medelsvår förvärvad hjärnskada hos barn och ungdomar*. ISBN 978-91-7261-258-7

Rapport 13/2013 *Social färdighetsträning i grupp för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-265-5

Rapport 12/2013 *En utvärdering av mentorsverksamheten för personer med rörelsehinder*. ISBN 978-91-7261-263-1

Rapport 11/2013 *Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom*. ISBN 978-91-7261-262-4

Rapport 10/2013 *Marte Meo inom Vuxenhabiliteringen*. ISBN 978-91-7261-261-7

Rapport 9/2013 *Framåt Marsch – en rehabiliteringsinsats för att stödja ungdomars vuxenblivande*. ISBN 978-91-7261-258-0

Rapport 8/2013 *KBT-insatser för barn och ungdomar med autism*. ISBN 978-91-7261-256-3

Rapport 7/2013 *Kognitiva funktioner hos vuxna med ryggmärgsbräck*. ISBN 978-91-7261-255-6

Rapport 6/2013 *Behandling med hypnos för personer med utvecklingsstörning*. ISBN 978-91-7261-249-5

Rapport 5/2013 Kulturellt bekräftande arbete med döva - beskrivningar i litteratur och filmer..ISBN 978-91-7261-254-9

Rapport 4/2013 Mentaliseringsförmåga och psykosocial utveckling hos barn med cochleaimplantat. ISBN 978-91-7261-252-5

Rapport 3/2013 En forskningsöversikt över intensiv psykodynamisk korttidsterapi. ISBN 978-91-7261-250-1

Rapport 2/2013 Upplevelse av kurs för blivande mentorer med autismspektrumtillstånd. ISBN 978-91-7261-248-8

Rapport 1/2013 Mindfulness och yoga som stressreduktion för personer med autismspektrumtillstånd. ISBN 978-91-7261-247-1

Rapport 16/2012 Styrketräning för barn och ungdomar med CP på GMFCS nivå IV - effekt på muskelstyrka och förflyttningsförmåga. ISBN 978-91-7261-246-4

Rapport 15/2012 Användningen av datorprogram och enkla datorhjälpmedel utprovade på Datateket. ISBN 978-91-7261-245-7

Rapport 14/2012 Dyslexi och lärande - stärkande och försvårande faktorer. ISBN 978-98-7261-244-0

Rapport 13/2012 Utvärdering av MindfulnessBaserad StressReduktion (MBSR) vid besvär av tinnitus. ISBN 978-91-7261-243-3

Rapport 12/2012 Smärta hos individer med hereditär motorisk sensorisk neuropati (HMSN). ISBN 978-91-7261-242-6

Rapport 11/2012 Karusellprojektet. ISBN 978-91-7261-241-9

Rapport 10/2012 Unga mentorer – ett utmärkt stöd. ISBN 978-91-7261-240-2

Rapport 9/2012, AKKtiv Komlgång i Skåne. ISBN 978-91-7261-239-6

Rapport 8/2012 Utveckling av de pedagogiska metoderna för föräldralärande inom Bou i Skåne ISBN 978-91-7261-237-2

Rapport 7/2012 Återträffar efter avslutad Hanenutbildning - ett sätt att kvarhålla de positiva effekterna. ISBN 978-91-7261-236-5

Rapport 6/2012 Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning för skolbarn – SkolbarnsNIT. ISBN 978-91-7261-235-8

Rapport 5/2012 Hur upplevs hjälpmedlet bolltacke av barn och ungdomar och deras närstående? ISBN 978-91-7261-234-1

Rapport 4/2012 Verktyg och metoder för att underlätta samtal med barn och ungdomar. ISBN 978-91-7261-233-4

Rapport 3/2012 Användning av The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) i samband med förskrivning av datorhjälpmedel. ISBN 978-91-7261-231-0

Rapport 2/2012 Rehabiliteringsprocessen i fokus – del 3. ISBN 978-91-7261-229-7

Rapport 1/2012 Vibrationsträningens effekter på ungdomar med cerebral pares. ISBN 978-91-7261-228-0

Rapport 1/2011 Barnperspektiv på vibrationsträning. ISBN 978-91-7261-225-9

Rapport 7/2010 "Alla tror att det är krig..." Om barns och vuxnas förhållande till tv- och datorspel i habilitering. ISBN 978-91-7261-219-8

Rapport 6/2010 Strategier för implementering. ISBN 978-91-7261-211-2

Rapport 5/2010 Mindfulness vid besvär av tinnitus. ISBN 978-91-7261-210-5

Rapport 4/2010 Hur upplevs hjälpmedlet Handi av ungdomar med kognitiva funktionsnedsättningar och deras närstående? ISBN 978-91-7261-206-8

Rapport 3/2010 "Spegel, spegel i gruppen här - säg mig vem jag är" ISBN 978-91-7261-201-3

Rapport 2/2010 Arbetsminnesträning med RoboMemo efter förvärvad hjärnskada. ISBN 978-91-7261-200-6

Rapport 1/2010 Hur ridsjukgymnastik påverkar barns välbefinnande. ISBN 978-91-7261-197-9

Rapport 8/2009 Webbenkät – en metodutveckling för att stärka delaktigheten i dövteamets verksamhet. ISBN 978-91-7261-180-1

Rapport 7/2009 Spel som lust och träning - om tv- och datorspel för barn och ungdomar i habilitering. ISBN 978-91-7261-177-1

Rapport 6/2009 SpeechEasy – ett hjälpmedel för talflyt. ISBN 978-91-7261-173-3

Rapport 5/2009 Uppföljning av arbetsminnesträning - RoboMemo för barn med autismspektrumstörning. ISBN 978-91-7261-170-2

Rapport 4/2009 Tinnitus Retraining Therapy. ISBN 978-91-7261-169-6

Rapport 3/2009 Jag och mitt föräldraskap - ett samtalsstöd till föräldrar vars barn har funktionsnedsättning. ISBN 978-91-7261-168-9

Rapport 2/2009 Uppföljning av studien RoboMemo - Utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD. ISBN 978-91-7261-166-5

Rapport 1/2009 Kartläggning med kort - ett visuellt samtalsstöd. ISBN 978-91-7261-163-4

Rapport 2/2008 Implementering av kompensatoriska datorprogram i undervisningen. ISBN 978-91-7261-151-1

pares - hemilegi. ISBN 978-91-7261-146-7

Rapport 1/2008 CI-terapi - en intensiv målinriktad träningsform för barn med cerebral

Rapport 11/2007 Finns det genvägar till Internet? ISBN 978-91-7261-119-1

Rapport 10/2007 "Jag har en egen vilja och egen talan". ISBN 978-91-7261-118-4

Rapport 9/2007 ReMemo, ett minnesträningsprogram för Vuxenhabiliteringens målgrupp? ISBN 978-91-7261-115-3

Rapport 8/2007 RoboMemo – en utvärdering av arbetsminnesträning för barn med ADHD. ISBN 978-91-7261-106-1

Rapport 7/2007 Träning av arbetsminnet med RoboMemo. ISBN 978-92-7261-105-7

Rapport 6/2007 Att införa ett salutogent arbetssätt inom Barn- och ungdomshabiliteringen. ISBN 978-91-7261-103-0

Rapport 5/2007 Att vara ung med funktionsnedsättning. ISBN 978-91-7261-092-7

insatser på Barn- och ungdomshabiliteringen i Region Skåne. ISBN 978-91-7261-091-0

Rapport 4/2007 Tidsbegränsade, intensiva, fokuserade, målinriktade och nätverksbaserade

Rapport 3/2007 Habilitering af børn i et familiecentreret perspektiv. ISBN 978-91-7261-083-5

Rapport 2/2007 Intensiv målinriktad motorisk träning på hästryggen. ISBN 978-91-7261-078-1

Rapport 1/2007 Ordinerade samtalsapparater - brukares användning och tillfredsställelse. ISBN 91-7261-074-3

Rapport 4/2006 Det sociala livet kring ett bilvrak. ISBN 91-7261-073-7

Rapport 3/2006 Utvidgad bedömning - en metod att förstå ett barns autism. ISBN 91-7261-060-3

Rapport 2/2006 AKK med hjälp av pektdator för barn med autism. ISBN 91-7261-055-7

Rapport 1/2006 Hanen föräldrautbildning - en utvärdering. ISBN 01-7261-054-9

Rapport 4/2005 Cirkus - en annorlunda träningsform för barn och ungdomar inom habiliteringen. ISBN 91-7261-051-4

Rapport 3/2005 Hur använder barn med autism pektdator som alternativ kommunikation? ISBN 91-7261-044-1

Rapport 2/2005 Habiliteringen i Malmö. Så växte den fram. ISBN 91-7261-042-5

Rapport 1/2005 Hur taktill massage påverkar ungdomar med smärtproblematik. ISBN 91-7261-043-3

Rapport 2/2004 Nätverksbaserad målinriktad intensiv träning NIT. ISBN 91-7261-039-5

Rapport 1/2004 Från bildterapi till Cor ad Cor inom barn- och ungdomshabiliteringen. ISBN 91-7261-037-9

Rapport 3/2003 Tid till eget ansvar? ISBN 91-7261-036-0

Rapport 2/2003 Farvatten och blindskår i barnhabilitering. ISBN 91-7261-035-2

Rapport 1/2003 Barns upplevelser av delaktighet i sin habilitering. ISBN 91-7261-034-4.

Rapport 2/2002 Döva i Skåne. Från projekt till regionalt resursteam för döva. ISBN 91-7261-030-1

Rapport 1/2002 Föräldrars upplevelse av delaktighet. ISBN 91-7261-000-X