Handbok i personcentrering

Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta

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

Denna pdf innehåller innehållsförteckning och inledning till boken, samt kapitel 8, som enligt APA 7 ska citeras som:

Näslund, A., Edberg, A-K., Wissendorff Ekdahl, A., Ender, B., Karlsson, S., Norell Pejner, M. & Törnblom., M. (2025). En personcentrerad lärkultur i högre utbldning. I A-K. Edberg, P. Garmy, S. Nilsson, A. Näslund & M. Sundström (Red.), *Handbok i personcentrering. Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta* (s. 133–161). Kristianstad University Press.

7637973_Inlaga.indd 3 2025-04-11 08:32

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

ISBN 978-91-89902-18-3
e-ISBN 978-91-89902-19-0

Omslagsbilder: iStock och Emma Edberg Matei
Kapitelbilder: se förteckning sist i boken

Kristianstad University Press, 2025
Tryck: Östertälje Tryckeri AB, Skarpnäck, 2025

7637973_Inlaga.indd 4 2025-04-11 08:32

Innehåll

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

DEL I ETT PERSONCENTRERAT SAMHÄLLE
Inledning – ett personcentrerat samhälle **50**
2 Samhällets attityder till personcentrerad vård **53**
Inledning 53
Vad är en attityd? 53

7637973_Inlaga.indd 5 2025-04-11 08:32

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

7637973_Inlaga.indd 6 2025-04-11 08:32

Referenser 93
Om författarna 95

DEL II PERSONCENTRERING I PRAKTIKEN

6 Förutsättningar för ett personcentrerat arbetssätt 98
Inledning 99
En stödjande fysisk miljö 100
En stödjande organisation 104
Kunskap, kompetens, nytänkande och förändringsbenägenhet . 109
Värt att tänka på 111
Att reflektera över 112
Referenser 112
Om författarna 114

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

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

7637973_Inlaga.indd 7 2025-04-11 08:32

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

7637973_Inlaga.indd 8 2025-04-11 08:32

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

DEL III PERSONCENTRERAD UTBILDNING

2 Normkritiska perspektiv i högre utbildning 226
Inledning 227
En högre utbildning för alla? 228
Normkritik och normkritisk pedagogik 228
Hur kan normkritiska perspektiv användas i praktiken? 233
Värt att tänka på 243
Att reflektera över 244
Referenser 245
Om författarna 247
13 En personcentrerad lärkultur i högre utbildning 249
Inledning 249
Teoretiska utgångspunkter 249
Lärosätets kvalitetsarbete med högskolepedagogik 253
Fakultetsarbete stärker högskolepedagogisk utveckling 256
Utbildningarnas högskolepedagogiska arbete i praktiken 258
Samskapandet av en personcentrerad lärkultur 266
Värt att tänka på 271
Referenser 272
Om författarna 274
14 Att rusta studenterna för personcentrering 277
Inledning 277
Att träna i att samtala på personcentrerad grund 278
Vad innebär personcentrerade samtal? 279
Träning i samtal på personcentrerad grund i utbildning 280
Träning i samtal på personcentrerad grund i praktiken 287

7637973_Inlaga.indd 9 2025-04-11 08:32

Att vara personcentrerad i samtal om levnadsvanor 287
Att bli rustad för personcentrering genom simulering 296
Värt att tänka på 302
Referenser 302
Om författarna 305
15 En forskarutbildning med doktorandernas lärande i fokus . 309
Inledning 309
Vad är en forskarutbildning? 309
Forskarutbildning i en personcentrerad kultur 310
Handledning utifrån doktorandens behov och progression 313
Seminarier – forskarutbildningens ryggrad 316
Värt att tänka på 325
Att reflektera över 325
Tack till … 326
Referenser 326
Om författarna 328
16 En modell för personcentrerad forskarhandledning 329
Inledning 329
Modell för personcentrerad handledning 329
Utgångspunkter 332
Förutsättningar 337
Centrala roller och egenskaper 339
Värt att tänka på 347
Att reflektera över 349
Tack till … 349
Referenser 349
Om författarna 351

DEL PERSONCENTRERING I FORSKNING

17 Hur involverar vi de som riskerar att bli exkluderade i forskning? 363
Inledning 363
Svårnådda eller exkluderade? 363
Att involvera personer från målgruppen i forskning 367

7637973_Inlaga.indd 10 2025-04-11 08:32

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

7637973_Inlaga.indd 11 2025-04-11 08:32

Inledning

Hur kom denna bok till?

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

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

Vem vänder sig boken till och hur kan den användas?

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

7637973_Inlaga.indd 18 2025-04-11 08:32

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

Hur är boken uppbyggd?

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

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

Vilka är vi som skriver denna bok?

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

Vårt stora tack till …

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

7637973_Inlaga.indd 19 2025-04-11 08:32

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

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

Österslöv 2025-01-15

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

7637973_Inlaga.indd 20 2025-04-11 08:32

8 Verktyg för en personcentrerad praktik

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

Inledning

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

Vad är kommunens ansvar?

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

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

7637973_Inlaga.indd 133 2025-04-11 08:32

hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Enligt socialtjänstlagen[8] ska verksamheten främja den enskildes möjlighet att leva ett självständigt liv. Enligt SoL, kapitel 1, §1, ska samhällets socialtjänst vila på en demokratisk och solidarisk grund och främja människors ekonomiska och sociala trygghet, främja jämlika levnadsvillkor och människors aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska vidare ta hänsyn till människors ansvar för sin egen och andras sociala situation och verka för att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Verksamheter ska bygga på respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet (SoL, kap. 1, §1). Insatser enligt SoL bedöms och beslutas av en biståndshandläggare och insatserna verkställs sedan av omvårdnadspersonal i den äldre personens hem eller på ett vård- och omsorgsboende.

I hälso- och sjukvårdslagen §1 beskrivs att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Hälso- och sjukvården ska också arbeta för att förebygga ohälsa. Inom kommunal hälso- och sjukvård utförs denna vård av sjuksköterskor, fysioterapeuter, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Det finns även kommuner som har anställda dietister, men det finns inget krav på att denna profession ska finnas inom kommunen. För de kommuner som inte har en egen dietist anställd kan primärvårdens dietister användas vid behov.

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

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

7637973_Inlaga.indd 134 2025-04-11 08:32

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

Personcentrering i kommunal vård och omsorg

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

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

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

7637973_Inlaga.indd 135 2025-04-11 08:32

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

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

Personcentrering över huvudmannagränserna

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

7637973_Inlaga.indd 136 2025-04-11 08:32

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

Samordnad vårdplanering

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

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

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

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

7637973_Inlaga.indd 137 2025-04-11 08:32

organisationer (Vårdsamverkan Skåne, 2024). Idag sker ingen koppling mellan vare sig kommunernas eller regionens journalsystem och Mina Planer[9], vilket kan leda till en patientsäkerhetsrisk då det kan finnas olika information om personen som SIP:en avser i de olika systemen. Det finns således behov av gemensamma system för dokumentation av medicinska vårdplaner så att denna information inte blir det enda innehållet i en SIP.

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

Personcentrerad vård i primärvården

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

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

7637973_Inlaga.indd 138 2025-04-11 08:32

personcentrering innebär. Birgitta Ender, tidigare primärvårdschef berättar:

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

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

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

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

7637973_Inlaga.indd 139 2025-04-11 08:32

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

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

Personcentrerad vård inom slutenvården

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

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

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

7637973_Inlaga.indd 140 2025-04-11 08:32

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

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

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

7637973_Inlaga.indd 141 2025-04-11 08:32

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

Kvalitetsregister som verktyg för en personcentrerad praktik

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

SveDem – för personer med kognitiv sjukdom

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

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

7637973_Inlaga.indd 142 2025-04-11 08:32

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

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

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

BPSD-registret för personer med kognitiv svikt

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

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

7637973_Inlaga.indd 143 2025-04-11 08:32

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

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

Senior Alert – för förebyggande insatser

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

7637973_Inlaga.indd 144 2025-04-11 08:32

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

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

RiksSår – för registrering av sår

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

7637973_Inlaga.indd 145 2025-04-11 08:32

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

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

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

Vilka utmaningar finns det med kvalitetsregister?

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

7637973_Inlaga.indd 146 2025-04-11 08:32

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

Teknik som verktyg för personcentrerad praktik

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

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

7637973_Inlaga.indd 147 2025-04-11 08:32

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

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

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

Välfärdsteknik

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

7637973_Inlaga.indd 148 2025-04-11 08:32

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

Definitioner av välfärdsteknik

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

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

Olika former av välfärdsteknik

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

Positioneringslarm

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

7637973_Inlaga.indd 149 2025-04-11 08:32

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

Digitala lås

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

Digital tillsyn via sensor

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

7637973_Inlaga.indd 150 2025-04-11 08:32

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

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

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

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

Tidshjälpmedel

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

7637973_Inlaga.indd 151 2025-04-11 08:32

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

Läkemedelsautomater

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

VR-teknik

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

7637973_Inlaga.indd 152 2025-04-11 08:32

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

Robotdjur

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

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

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

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

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

7637973_Inlaga.indd 153 2025-04-11 08:32

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

Sensorisk stimulering

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

Att införa välfärdsteknik

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

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

7637973_Inlaga.indd 154 2025-04-11 08:32

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

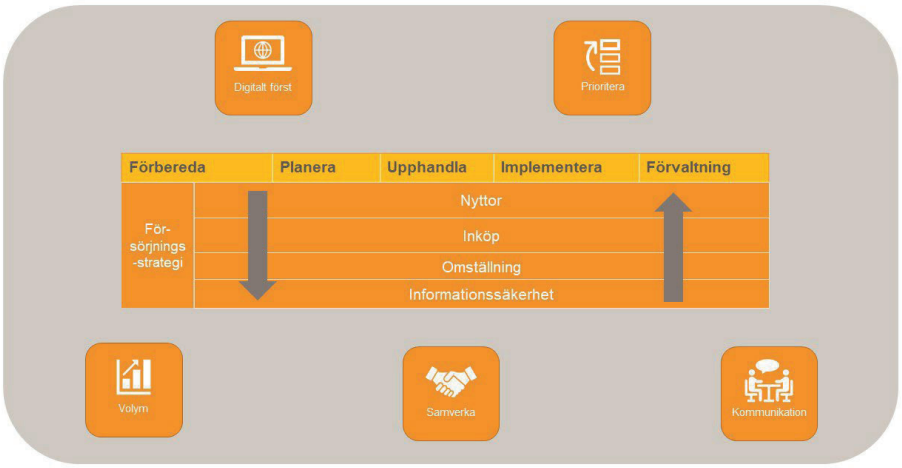
Vid införandet av välfärdsteknik och digitala lösningar behöver det finnas en tydlig organisatorisk medvetenhet och en tydlig plan för hur försörjningsstrategi, nytta, inköp, omställning och informationssäkerhet ska samverka i processen (se figur 1). Processen består av följande faser:

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

7637973_Inlaga.indd 155 2025-04-11 08:32

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

Figur 1. Processen för att implementera välfärdsteknik.



Källa: SKR (2024)

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

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

7637973_Inlaga.indd 156 2025-04-11 08:32

verksamheten kunnat förbättra eller effektivisera de processer som var tänkta?

Personcentrerad välfärdsteknik – ett praktiskt exempel

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

Värt att tänka på

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

7637973_Inlaga.indd 157 2025-04-11 08:32

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

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

Att reflektera över

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

7637973_Inlaga.indd 158 2025-04-11 08:32

Referenser

Andersson, B., Forsling, N., Berggren, S., & Hadnagy, J. (2019). *Vård och omsorg på distans – 24 praktiska exempel från Norden*. Nordens välfärdscenter.

Arvidsson, S.A., Biegus, K.R., & Ekdahl, A.W. (2024). The impact of a mobile geriatric acute team on healthcare consumption. *European Geriatric Medicine*, *15*(6),1859–1865.

E-hälsomyndigheten. (2023). Förstudie om digital nationell infrastruktur för nationella kvalitetsregister. Slutrapport.

Fischer, S. H., David, D., Crotty, B. H., Dierks, M., & Safran, C. (2014). Acceptance and use of health information technology by community-dwelling elders. *International Journal of Medical Informatics*, *83*(9), 624–635.

Förordning (EU) 2020/561 om medicintekniska produkter. Europaparlamentet.

HSL (2017:30) Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet.

HSLF-FS 2021:52. Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården.

Karnehed, S., Erlandsson, L-K., & Norell Pejner, M. (2022). Nurses' perspectives on an electronic medication administration record in home health care: Qualitative interview study. *JMIR Nursing*, *5*(1), e35363.

Karnehed, S., Norell Pejner, M., Erlandsson, L-K., & Petersson, L. (2024). Electronic medication administration record (eMAR) in Swedish home healthcare – Implications for nurses' and nurse assistants' work environment: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 38*(2), 347–357.

Koltsida, V., & Jonasson, L. (2021). Registered nurses' experiences of information technology use in home health care - from a sustainable development perspective. *BMC Nursing*, *20*, 71.

Kotsani, M., Kravvariti, E., Avgerinou, C., Panagiotakis, S., Bograkou Tzanetakou, K., … & Benetos, A. (2021). The relevance and added value of geriatric medicine (GM): Introducing GM to non-geriatricians. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(14), 3018.

Kwon, C.Y., & Lee, B. (2021). Prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia in community-dwelling dementia patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 741059.

7637973_Inlaga.indd 159 2025-04-11 08:32

McCormack, B., Dulmen, S. v., Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (2017). *Person-centred Healthcare Research*. John Wiley & Sons Ltd.

Niemeijer, A. R., Depla, M. F., Frederiks, B. J., & Hertogh, C. M. (2015). The experiences of people with dementia and intellectual disabilities with surveillance technologies in residential care. *Nursing Ethics*, *22*(3), 307–320.

Niemeijer, A. R., Frederiks, B. J., Riphagen, I. I., Legemaate, J., Eefsting, J. A., & Hertogh, C. M. (2010). Ethical and practical concerns of surveillance technologies in residential care for people with dementia or intellectual disabilities: An overview of the literature. *International Psychogeriatrics*, *22*(7), 1129–1142.

Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Knudsen Gullslett, M., & Eide, T. (2016). Exploring resistance to implementation of welfare technology in municipal healthcare services – A longitudinal case study. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 657.

Region Skåne. (2025). Nationell patientöversikt (NPÖ).

SKR. (2022). *Podden om välfärdsteknik*, avsnitt 1, 2022-10-20. Sveriges Kommuner och Regioner.

SKR. (2024). *Införa och använda välfärdsteknik*. Sveriges Kommuner och Regioner.

Smer. (2024). *E-hälsa och välfärdsteknik*. Statens medicinsk-etiska råd.

Socialstyrelsen. (2017). *Välfärdsteknik. Forskningsartiklar kring välfärdsteknik och en summering av de etiska aspekterna*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2019). *Välfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2024). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024*. Socialstyrelsen.

SoL 2001:453 Socialtjänstlagen. Socialdepartementet.

Sundgren, S., Stolt, M., & Suhonen, R. (2020). Ethical issues related to the use of gerontechnology in older people care: A scoping review. *Nursing Ethics*, *27*(1), 88–103.

Vårdsamverkan Skåne. (2024). SIP kvalitet. En systematisk granskning av samordnade individuella planer i delregion mellersta 2023–2024. Region Skåne.

7637973_Inlaga.indd 160 2025-04-11 08:32

Om författarna

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

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

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

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

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

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

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

7637973_Inlaga.indd 161 2025-04-11 08:32