



CHALMERS
UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

Healthcare professionals designing person-centered healthcare services

A review of their work and result

Master's thesis in Industrial design engineering

Albin Andersson

Abstract

This thesis is based on the project Chronically Engaged 2.0 (CE2.0). CE2.0 was a project part of the County council of Sörmland strategic initiative to transition the healthcare system regionally towards a more person-centered healthcare. CE2.0 had an unusual setup when designing new healthcare services. In the project service staff at primary care centers (nurses, nurses aids, and medical doctors) became active participants and were trained to conduct the development work themselves with a service design approach. An experienced project management team in person-centered care and in conducting development projects within healthcare using service design supervised and guided the four teams. The aim of this thesis is to bring insight into the following:

- How successful are unexperienced healthcare staff in designing person centered healthcare services?
- What enabled, motivated and also inhibited the teams when tasked with designing person-centered healthcare services?

It also aims to develop a support for healthcare professionals unexperienced in designing person-centered healthcare services that enables them to be better supported in designing person-centered healthcare services.

The thesis is conducted in line with technical action research and builds upon the design expert experience and reflections during the project and data from notes from different type of meetings during the project, videos and images, and different project documents that were produced by the teams and PMT. The thesis also explores the connection between person-centered care and service dominant logic and designs a support for future project attempting to conduct similar projects as CE2.0.

The thesis found by reviewing the teams work and concepts that all teams have made different levels of incremental shifts towards a more person-centered healthcare services. Only by including the change in mindset that occurred amongst the teams a larger transition towards a more person-centered care could be argued. However, further studies are required.

The thesis also stated that the project management team including the design expert influence on the teams work were limited to change in mindset. The activities that had greatest impact were the activities that involved patients and allowed the teams to create a closer relationship with the patients. By involving patients something simple as a quote could inspire to new insights and ideas that could radically change how to deliver a service. Involving patients not only created better insight into the needs of the patients and what could create value, it also strengthened the teams' self-confidence and empowered them in their ordinary work. This also reduced the challenge of collecting data about patients' experiences and needs that occurred in the project. The thesis also found other several success and inhibiting factors but could not validate their significance in term of project outcome and commonality which was not within thesis scope.

The thesis created a guidebook for the design of person-centered healthcare services which is rather unique in comparison to similar sources and supports. It democratize who is

allowed to conduct development projects within healthcare, allowing more professions to initiate and conduct development projects themselves. Its purpose is to be open source, be used in combination with other toolkits and empowers users to review and build upon its content, making it their own guide. However, since it has not been tested in its current design it needs to be publicized, tested and reviewed by other individuals engaged in developing healthcare services.

Sammanfattning

Denna masteruppsats bygger på projektet Kroniskt Engagerat 2,0 (KE 2.0). KE2.0 var ett projekt av Landstinget Sörmlands strategiska initiativ för att ställa om det regionala hälso- och sjukvårdssystemet till ett mer personcentrerat hälso- och sjukvårdssystem. KE2.0 hade ett ovanligt angreppssätt vid utveckling av nya vårdtjänster. I projektet fick personal i primärvården (sjuksköterskor, sjuksköterskor och läkare) vara aktiva deltagare och blev utbildade att utföra utvecklingsarbetet utifrån tjänstedesignmetodik. Ett erfaret projektledningsteam i personcentrerad vård och genomförande av utvecklingsprojekt inom vården med hjälp av tjänste design ledde och stöttade de fyra deltagande teamen. Syftet med denna masteruppsats är att undersöka följande:

- Hur framgångsrik är oerfaren hälso- och sjukvårdspersonal vid utformningen av personliga sjukvårdstjänster?
- Vad aktiverade, motiverade och inhiberade också lagen när man hade till uppgift att utforma personcenterhälsovårdstjänster?

Uppsatsen syftade också till att utveckla ett stöd för vårdpersonal som är oerfarna i utveckling av personcenterade hälso- och sjukvårdstjänster. Ett stöd som gör det möjligt för framtida projekt att lyckas bättre i utveckling av personcenterade hälso- och sjukvårdstjänster.

Masteruppsatsen är genomförd i linje med teknisk aktionsforskning och bygger på designexpertens erfarenheter och reflektioner under projektet samt data från anteckningar från olika typer av möten under projekt, videos och bilder samt olika projektdokument som skapats fram av teamen och PMT. Uppsatsen utforskar också sambandet mellan personcentrerad vård och tjänstelogik och utformar ett stöd för framtida projekt som försöker utföra liknande projekt som KE2.0.

Genom att granska teamens arbete och konceptet kan uppsatsen dra slutsatsen att teamen har gjort olika steg mot omställningen till en mer personcentrerad vård. Bara genom att inkludera förändringen i deras attityd som inträffade bland teamen kunde en större övergång till en mer personcentrerad vård argumenteras. Ytterligare studier krävs emellertid för att dra ytterligare slutsatser.

Uppsatsen påpekade också att projektledningsgruppen inklusive designexperten inflytande på teamens arbete var begränsat till förändring i attityd. De aktiviteter som hade störst effekt var de aktiviteter som involverade patienter och tillät teamen att skapa en närmare relation till patienterna. Genom att involvera patienter kunde något enkelt som ett citat inspirera till nya insikter och idéer som kunde radikalt förändra hur man levererar en tjänst. Involverande av patienter skapade inte bara bättre inblick i patienternas behov och vad som kunde skapa värde, det förstärkte också teamens självförtroende och gav dem självsäkerhet i sitt vanliga arbete. Involvering av patienter minskade också utmaningen i KE 2.0 att samla in data om patienternas erfarenheter och behov som uppstod i projektet. Avhandlingen hittade också andra flera framgångar och hämmande faktorer men kunde inte validera deras betydelse i form av projektresultat och huruvida dessa är vanliga i projekt såsom KE 2.0.

Uppsatsen skapade en guidebok för utveckling av personcentrerade hälso- och sjukvårdstjänster som är ganska unik i jämförelse med liknande källor och stöd. Guideboken

demokratiserar vem som får utföra utvecklingsprojekt inom vården, vilket gör det möjligt för fler professioner i hälso- och sjukvården att initiera och genomföra utvecklingsprojekt själva. Syfte är att den ska användas i kombination med andra verktygsverktyg och vara open source vilket ger användarna möjlighet att granska och bygga på innehållet och göra den till sin egen guidebok. Eftersom guideboken inte har testats i sin nuvarande utformning måste den publiceras, testas och granskas av andra personer som arbetar med att utveckla vårdtjänster.

Foreword

This thesis has been a long time coming. I would not have made it if it was not for the support and guidance of several people around me.

First I want to thank my colleagues and employer for giving me the space and time to complete this thesis. It has been much more difficult than I thought to juggle work and writing this thesis. The support and push from my colleagues has been invaluable and I would not have been able to complete the thesis without it.

I also want to thank Pontus my thesis supervisor for showing me patience and giving sound advice during the several times I lost my way during this process. I also want to thank Oskar Rexfelt for accepting the idea for this thesis and helping with finish touches.

Lastly I want to thank Ebba, for being there giving me support and pushing me to complete this thesis!

Abbreviations

In the thesis several abbreviations are used. Here is an explanation of these abbreviations.

PMT – Project management team

PCC – Primary care center

COPD – Chronic obstructive pulmonary disease

CE1.0 – Chronically Engaged 1.0

CE2.0 – Chronically Engaged 2.0

Table of contents

1. Introduction	1
1.1. Background to thesis project	2
1.2. Purpose	3
1.3. Aim	4
1.4. Thesis research questions	4
1.5. Organizations involved in project	4
1.6. Thesis limitations	5
2. The approach of the thesis	6
2.1. Research approach	6
2.2. Analysis of teams work and result	6
2.3. Illustration of person-centered care being a shift for healthcare towards service dominant logic	7
3. Theory in Chronically Engaged 2.0	8
3.1. Person centered care	8
3.2. Person-centered care is a shift from goods to service dominant logic	9
3.3. User involvement in innovation and healthcare	11
3.4. Service design	11
3.4.1. Service design methods and tools presented in project	12
4. Approach of Chronically Engaged 2.0 (CE 2.0)	14
4.1. Project management	14
4.1.1. Project organization	14
4.1.2. Project planning	15
4.1.3. The project phases of CE 2.0	17
4.2. Team management	18
4.3. Coaching of teams	19
4.3.1. Seminars and Workshops	19
4.3.2. Methods and tools provided to the teams	20
4.3.3. Lectures from experts	20
4.4. Patient involvement	22
4.5. Communication and dissemination	22
4.6. Collaboration with other projects and organizations	23
4.7. Role of the design expert	25
5. Result	26
5.1. Result of the teams work	26
5.1.1. Linden Primary Care Center	26
5.1.2. Fröslunda Primary Care center	30
5.1.3. Bagaregatan Primary Care Center	32
5.1.4. Skiftinge Primary Care Center	35
5.2. The support of the design expert	38
5.3. Patient involvement	39
5.4. Enabling factors	40
5.5. Inhibiting factors	43
5.5.1. Pre-requisites to work with development of services	43
5.5.2. Working design-based	44

5.5.3.	Lack of skill and confidence.....	45
5.6.	<i>Guidebook for designing person centered healthcare services</i>	46
5.6.1.	Background to guidebook	46
5.6.2.	The purpose of the guidebook	46
5.6.3.	Who is the guide book for?	46
5.6.4.	The design of the guidebook.....	47
5.6.5.	Intended use of the guidebook	48
5.6.6.	Content of guidebook	48
5.6.7.	Comparison with other books and toolkits in regard to designing services	51
6.	Discussion	52
6.1.	<i>The teams work and result</i>	52
6.1.1.	Did the teams create more person-centered healthcare services?	52
6.1.2.	The influence of PMT, design expert and patients on the teams' result	54
6.2.	<i>The identified success and inhibiting factors of the teams' work</i>	55
6.3.	<i>The creation and potential of the guidebook</i>	55
7.	Conclusion.....	57
8.	References	59
9.	Appendixes	61

1. Introduction

The current healthcare system lies in the path of a perfect storm. There are many different trends, challenges and structures that creates this perfect storm that could have serious effects on the healthcare system.

Diseases that previously were deadly are cured today or become managed through medication, and become labeled as chronic diseases, which in turn allows patients to live much longer. This shift changes the demand and need of healthcare from patients and requires the healthcare system to reevaluate its relationship and value proposition with patients and their relatives.

This challenge also opens new possibilities since these patients with chronic diseases will become experts on their own diseases, and how to manage their disease effectively in their daily life. Thus, they become an untapped resource for the healthcare in delivering healthcare services.

Changing demographic

Sweden has an increasing demand of welfare services, both from a growing young population and the ageing population (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). This results in a much smaller population that is able to work, provide welfare services and provide tax income. This demographic change is pressuring the welfare system in many ways including our healthcare system.

Chronic diseases and mental health

Chronic diseases create a big challenge for creating a sustainable society. They are the largest form of diseases in the world and is increasing, and this applies also to Sweden. They create huge societal cost for and also creates health inequality in society. Chronic diseases also are preventable, 90% of the people who died from a chronic disease had a disease that were preventable and treatable since they are connected to our way of living (Forum för välfärd, 2015; Riksdagskansliet, 2014).

Mental health is also a challenge for healthcare that is increasing. Children and young adults suffering from mental unhealth is increasing (Socialstyrelsen, 2017) which if not prevented and treated early will lead to massive social and individual costs in the future.

Challenges for management of healthcare services

Even though the chronic diseases continue to increase citizens are also more aware of the importance of managing their own health. The access to knowledge concerning health, disease and preventive solutions is unprecedented in today's information society. Through Internet and connected technology, citizens can learn, monitor and act to avoid becoming ill.

However, this also presents new challenges on the healthcare system as citizens expectations on the current healthcare system and the services it provides changes.

Expectations on the levels of service given by the healthcare providers are challenged due to citizens are better at expressing their care needs and the level of service and customer

experiences given by other service providers in society. This creates the expectations from citizens that it should be as easy to access healthcare as it is to rent a room or use financial services. Fjord, a design agency, refers to this phenomenon as liquid experiences/expectations (Fjord, 2015) but it is also discussed in the Service logic for public administration: A manual for Renewal bureaucrats (Fransson & Qvist, 2014).

The storm is coming, but what is being done?

Swedens healthcare providers and government are painfully aware of approaching storm and have for some time made several efforts to address these challenges. 1st january 2015 a new law came in to power called "Patientmaktslagen" (Patientlag, 2014:821) which aims to reduce power inequality between patients and care providers and promote patients integrity, selfdetermination and participation. In 2010 the Swedish government funded a national center for Person centered care which conducts research on what person centered care is and how it can benefit patient care.

The Swedish government announced 2016 an e-health vision called E-hälsa 2025 and created an organization as a collaboration platform for the state and SKL to allow for steering, collaboration and follow up of the actions related to ehälsa 2025 (ehälsa2025, 2017). The vision is:

"In 2025, Sweden will be best in the world at using the opportunities offered by digitisation and eHealth to make it easier for people to achieve good and equal health and welfare, and to develop and strengthen their own resources for increased independence and participation in the life of society." – ehälsa 2025

These initiatives are just a few of the existing initiatives in Sweden that tries to move Swedens healthcare system an person centered and equal healthcare system. Since the challenges are complex and it will take time and many initiatives in order to adapt Swedens healthcare and other welfare services to the healthcare challenges of society today.

This thesis provides insight into one such initiative trying to create change on a regional level.

1.1. Background to thesis project

The thesis project reflects upon the work and result of the project Chronically Engaged 2.0 (CE2.0). CE2.0 was a change project managed by the county council of Sörmland during 2016 - 2017 and was part of the county councils' strategic goal to become more person centered in its service delivery of care.

Chronically Engaged 2.0 was a continuation of the previous project called Chronically Engaged 1.0 (CE 1.0). CE 1.0 was a collaborative project, financed by the Ministry of Health and Social Affairs, between two county councils primary care centers (Kronoparken Primary care Center in Karlstad and Primary Care Center City in Eskilstuna). Guided and supported by Experio Lab, an inhouse healthcare development unit within the county council of Värmland, and the design agency Doberman they co-created with patients and staff in understanding how to become better at providing services to patients with chronic diseases.

Chronically Engaged 1.0 was the first project where the methodology of service design was employed in the county council of Sörmland to create a more person-centered care. Chronically Engaged 2.0 was initiated within the strategic initiative for Person centered care to continue exploring the use service design to design person centered care service and scale up the experiences, knowledge and results from CE 1.0.

CE 2.0 was managed by Linda Lännerström, who was a participant in CE 1.0 as an employed nurse at Eskilstuna Primary Care center. Hanna Lundstedt, project leader of the strategic initiative for person centered care acted as assistant project manager and Albin Andersson (thesis author) was brought in as design expert from RISE Service Labs with primary responsibility to coach and support the design work conducted in the project. Secondary, Albin also assisted the project management team in identifying barriers and opportunities for using service design as a method for creating person centered services.

The overall goal of CE2.0 was to introduce developed methods for person centered care for chronic patients in the primary care.

The project also had more direct sub-objectives that were:

- Develop a person-centered process for at least five chronic diseases where the participation of patients and staff been strengthened.
- Develop impact indicators to allow for measurement of participation in healthcare connected to chronic disease.
- That previous created prototypes (in CE1.0) for person centered care has been further developed and strengthened the primary care centers work towards a patient centered care.

The impact the county council of Sörmland wanted to create through the project CE2.0 were as follows:

- That all involved healthcare staff experience that their conditions to utilize patients and relatives as a continuous resource for care delivery has increased.
- That participating patients in the project feel validated and included and been given opportunity to add value to the development of a person-centered care.
- That the methodology, solutions and tools developed in the project can be proof of concept for other county councils and other actors in Sweden.

1.2. Purpose

The purpose is to recall the experiences of coaching four team challenged, for the first time, to design person centered healthcare services and identify what factors inhibited and motivated them in their individual work. Secondly, the purpose is to create a guidebook allowing future teams and project managers to learn from the experiences of CE2.0 of designing person centered healthcare services.

1.3. Aim

The aim of the thesis is to increase the chance of success for front line service staff within healthcare when designing person-centered healthcare services by reviewing and reflecting on the work done in CE2.0 and design a guidebook for future projects, teams and managers.

1.4. Thesis research questions

When redesigning organizations services for their users or customers it is important to involve the service staff in the process. This allows the project to absorb their experience and knowledge. It also creates the experience of ownership of the project outcome which in turn allows for an easier transition of the developed services into the daily business.

This is not always easy to accomplish, and often the service staff become passive participants in a project run by an experienced team. The frontline staff are mostly only involved in specific activities such as data collection or idea generation and prototyping. Otherwise the service staff is primarily passive participants. Partly because they have little time available besides delivering the current services or they lack the abilities of conducting development projects.

In CE2.0 front line service staff at PCC:s (nurses, nurses aids, and medical doctors) became active participants and where trained to conduct the development project themselves with the assistance of an experienced project management team in conducting development projects within healthcare using service design. This setup is an unusual approach, and this thesis tries to bring insight into the following:

- How successful are healthcare staff unexperienced in designing person centered healthcare services?
- What enabled, motivated and also inhibited the teams when tasked with designing person-centered healthcare services?

It also aims to develop a support for healthcare professionals unexperienced in designing person-centered healthcare services that enables them to be better supported in designing person-centered healthcare services.

1.5. Organizations involved in project

The organizations involved in managing the project Chronically engaged 2.0 and leading the teams was the initiative for person centered care at County council of Sörmland and RISE Service Labs.

RISE Service Labs

RISE Service Labs is a group within RISE Research Institutes of Sweden AB¹. It is the largest technological research institute in Sweden and owned primarily by the Swedish government through the Ministry of Enterprise and Innovation. It employs about 2200+ persons in

¹ www.ri.se

business and innovation areas such as Mobility, Digitalization, Health and Life science, Energy and bio based economy and Sustainable cities and societies. RISE also owns and operates about 60% of Sweden's test and demonstration facilities of a wide variety and scale such as Asta Zero² or the Research villa³.

RISE strives to become a global innovation partner and help Sweden's society to maintain a global competitiveness. RISE are, as mandated by the government, to be internationally competitive and work for a sustainable growth in Sweden by increasing its industrial competitiveness and renewal (Prop. 2016/17:50, Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft). Many employed by RISE rewrites this to "societal competitiveness and renewal" as RISE work includes actors from all sectors, including public, non-profit and non-governmental organizations, not only industry.

The group RISE Service Labs⁴ was founded 2012 by Jonas Matthing and now employs nine people with different backgrounds in service innovation, regional development, data driven innovation, entrepreneurship and service design. The group's members are spread out over Sweden, in Lund, Gothenburg and Karlstad.

Person centered care at County council of Sörmland

2012 the county council of Sörmland decided to focus on 8 strategic development areas for the county's healthcare system. One of these areas were person centered care. Person centered care was chosen due to new patient law (Patientlag 2014:821) and the county council vision of the open healthcare.

Person centered care initiative was driven as a project between 2012 and 2016. Hanna Lundstedt acted as project leader and during these four years worked on identifying how to incorporate person-centered care into the county's healthcare organization and identify existing barriers and what value and benefits it would bring not only for the patients but also for the staff and organization. During this time Hanna involved the county council in several projects focusing on learning how to become person centered.

2015 the board of the county council of Sörmland decided that the developed methodology of person-centered care is to be introduced in the county council. The proposed implementation strategy required significant efforts to establish it on all organizational levels within the county council. As a first step the project Chronically Engaged 2.0 was established to spread the methodology to more primary care centers focusing on patients with chronic diseases.

1.6. Thesis limitations

This thesis will focus on non-technological barriers and drivers, not technological. As such reviewing the possibilities and challenges that digitalization and e-health bring to healthcare organizations, in relation to person centered care, will not be reviewed in this thesis.

² <http://www.astazero.com/>

³ <http://www.sp.se/forskningsvillan>

⁴ <http://servicelab.se/>

It is important to know that person-centered care as a concept is researched and explored not only in Sweden. Countries such as UK and USA and many more are working on finding evidence and understand how to become more person or patient centered in their care delivery. Several of them are even much further along than Sweden. However, to include international progress and results from international cases concerning person centered care in this thesis would not fit within the scope and purpose of the thesis.

The thesis is limited to the insights and conclusions from reviewing the four teams in CE2.0. As such the findings are not explored and compared with the findings from similar attempts.

2. The approach of the thesis

This chapter describes the approach of the thesis, how the research was conducted, the analysis of the teams' work and result. It also describes how the analytical framework was conceived, used and the process of designing the guidebook.

2.1. Research approach

This thesis is based upon the experiences and reflections of the design expert in the project CE2.0. The thesis is written based on the design expert experience and reflections during the project and data from notes from different type of meetings during the project, videos and images, and different project documents that were produced by the teams and PMT. This approach is in line with technical action research since the thesis author was the design expert in the project CE2.0 and as such the practitioner-researcher and the aim of the thesis is to improve the outcome of designing person centered healthcare services. (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014)

2.2. Analysis of teams work and result

In the analysis of the teams work and result all data available from CE2.0 was used, such as:

- Notes from planning sessions, meetings, workshops and reflections during the project
- Presentation materials
- Videos and images
- Project reports and teams' individual reports
- Survey results.

Based on this data and the recollections of the design expert own work in the project each teams results of user insights, developed concepts and approach will be described.

Based on this an analysis will be made where data about each team will be divided up and analyzed in order to find themes or factors concerning inhibiting or enabling factors for the teams' work.

To analyze whether the teams' results indicate a shift towards a more person-centered healthcare service or not, the thesis is using the concept of how person-centered care is a shift toward service dominant logic. This concept was not originally intended for this purpose but since the no teams' results were implemented during the project no data can

be found for objectively evaluating them. As such it is only possible to speculate on the team's success and this concept seemed to provide an acceptable framework for such a reflection when no other could be found and its possible value for evaluating these kinds of projects could also be tested.

2.3. Illustration of person-centered care being a shift for healthcare towards service dominant logic.

During the CE 2.0 project many discussions and reflections amongst the PMT were had on the topics of service logic and person-centered care and its possible compatibility. These discussions were an important part of the project process due to the parallel ongoing process of implementing person centered care within the county council of Sörmland and its related challenges. Because of this the PMT looked into how person-centered care was described and illustrated by other organizations and researchers, the current logic of Swedish public organizations (Fransson & Qvist, 2014) and how some researchers were beginning to connect person-centered care with service dominant logic (Engström, 2014).

In this thesis this idea of person-centered care being a shift for healthcare going from goods dominant logic towards a service dominant logic is further described and illustrated as a framework. It builds upon these early ideas of CE2.0 and further develops this framework by looking into service dominant logic (SDL) and how others have connected SDL to the logic of public organizations, person-centered care or healthcare in general.

The design of Guidebook for designing person-centered healthcare services.

Based on the insights of the project CE2.0 and the team's ability to conduct a design-based development project specific needs was identified for a guidebook to help future projects and participants.

Based on these needs, and developed design principles a guidebook was created which contained methods, tools, information and advices relevant for users of the guidebook. The book was also designed to be as open in terms of being editable and usable for the target group as possible.

Most of the methods, tools and templates are created during CE2.0 and the guidebook also allows these to be disseminated to future users.

To further validate the need and relevance of the guidebook a comparison with similar design methods and tools books and toolkits online was conducted.

3. Theory in Chronically Engaged 2.0

The project combined the concepts of person-centered care and service logic and used methods from service design to help the teams in their work and to widen their perspective on how to deliver care to patients and their relatives. Much focus was put on introducing person centered care as it was the central idea of the project, but the project also introduced the concept of service logic, the importance of user involvement and tools from service design to help the teams in their work. This chapter defines these concepts, methods and tools.

3.1. Person centered care

Person centered care is in a Swedish context a relatively new concept. Ministry of Social Welfare defined 2009 patient centered care as the following (translated into English by thesis author):

“A patient-focused healthcare is based on respect for equal value and on human dignity, self-determination and integrity. The patient is treated in a social context and care is performed with respect and responsiveness to the individual's specific needs, conditions, expectations and values. The care is planned and carried out in consultation with the patient. Communication should be an integral part of all care and treatment. The patient's knowledge, understanding and insight are the prerequisites for him / her to be involved in and have influence in his health, care and treatment” - The National Board of Health and Welfare (2009),

In 2010 the Swedish government funded a research center as part of their strategic investment into healthcare research. The center is called at GPCC – Centre for person-centered care and today consist of a large research group of about 100 national and international researches from different fields devoted to research on patient-centred care.

GPCC defines person-centred care as follows:

“Person-centredness is an ethical standpoint that guides our practical actions as fellow human beings and professionals. Person-centred care entails a partnership between patient, their relatives, and professionals, in health and elderly care and rehabilitation. Based on carefully and perceptively listening to the narrative of the patient (often combined with the narratives of their relatives) and other examinations, a health plan is co-created, containing goals and strategies for implementation, along with short and long-term follow-up.”
The difference between person and patient in this definition is none since we all are patients at some point in our life.” – Center for Person-centered Care (2017)

Despite two recognized national actors has developed definitions of patient/person centered healthcare it still seems to exist confusion among Sweden's healthcare organizations. In a report by the Ministry of Social Welfare (The National Board of Health and Welfare, 2016) where the strategy plans of Sweden's county councils and regions responsible for healthcare were reviewed, they found that the county councils had different views on patient-centeredness and person-centeredness.

Since there still lacks an agreed upon definition of person centered care within Sweden the project defined person centered care as the following, influenced by the current national definitions and the illustration of person centered care by the Health foundation (see Figure 8.1-1.).

The projects interpretation of person centered care:

Person centered care is about offering healthcare services designed based on the needs and resources of the patient and his or her family. When healthcare is viewed as a service the meeting between profession and patient is more equal and natural partnership is created. In the partnership, the patient is viewed as a person and met with dignity, compassion and respect. The person receives support to develop knowledge and skills necessary to make active and informed decisions which is required to maintain his/her health.

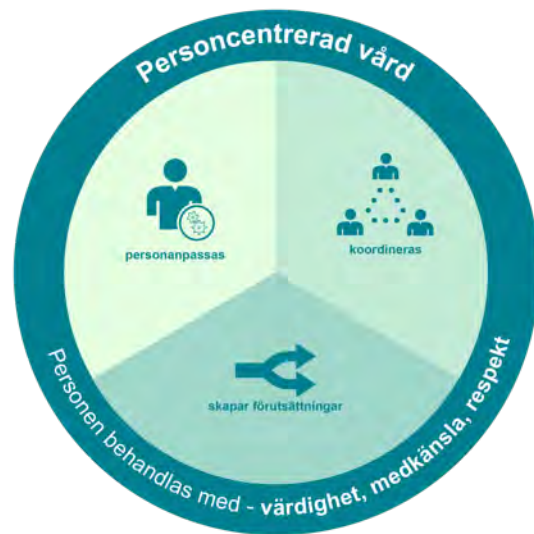


Figure 3.1-1. Figure borrowed and translated from The health foundation (2016).

3.2. Person-centered care is a shift from goods to service dominant logic

Service dominant logic was first introduced by Vargo & Lusch (2004). The foundational premises of SDL has evolved since first conceptualized (Vargo & Lusch 2004) and has today evolved to 11 from original 8. In Table 3.2-1 below these premises are explained (Vargo & Lusch, 2016).

Table 3.2-1. The foundational premises of SDL (Vargo & Lusch, 2016)

Foundational Premise (FP)	Description
FP1	Service is the fundamental basis of exchange
FP2	Indirect exchange masks the fundamental basis of exchange
FP3	Goods are distribution mechanisms for service provision
FP4	Operant resources are the fundamental source of strategic benefit.
FP5	All economies are service economies.
FP6	Value is co-created by multiple actors, always including the beneficiary.
FP7	Actors cannot deliver value but can participate in the creation and offering of value propositions.
FP8	A service-centered view is inherently beneficiary oriented and relational.
FP9	All social and economic actors are resource integrators.
FP10	Value is always uniquely and phenomenologically determined by the beneficiary.
FP11	Value cocreation is coordinated through actor-generated institutions and institutional arrangements.

When reviewing these foundational premises in the context of healthcare and person centered care similarities appear. GPCC (2017) describes “... *Person-centred care entails a partnership between patient, their relatives, and professionals, in health and elderly care and rehabilitation...*” and “...*a health plan is co-created, containing goals and strategies for implementation, along with short and long-term follow-up.*”. This also corresponds with how Ministry of health and social welfare (2009) describes patient-centered care as being ... “*planned and carried out in consultation with the patient...*” and “...*patient's knowledge, understanding and insight are the prerequisites for him / her to be involved in and have influence in his health, care and treatment.*”.

By comparing to the foundational premises of SDL it could be argued these key phrases have similarities with several of the them. E.g. GPCC and Ministry of health and social welfare both bring up that care is a “*partnership*” and “*planned and carried out in consultation with the patient*” seem to indicate a relational relationship to the patient which corresponds to FP8 and also FP6 which would dictate that the value of the care is co-created with the patient (beneficiary) and that value is co-created by multiple actors e.g professionals, relatives and always the beneficiary, the patient. By phrasing Person-centered care as “person-centered” or “patient-centered care” also corresponds to FP8.

To illustrate what the difference is between traditional healthcare and a person-centered healthcare based on the logics of goods dominant logic and service dominant logic Table 3.2-2 is created.

Table 3.2-2. Illustration of Healthcare delivery based on goods dominant logic vs service dominant logic.

Goods dominant logic	vs.	Service dominant logic
Transactional	Relation to patient	Relational
Patient as receiver	Patients role	Patient as participant
Performance	Measurement	Outcome
External motivation	Motivation	Internal motivation
Reactive	Solution	Proactive

To summarize, in becoming a person-centered healthcare organization, the patient is no longer viewed as passive participants in his or her care. The patient is viewed as an active participant with his or her own skills and resources to be used to create the best outcome the delivered care. As Jon Engström (2014) writes in his dissertation this illustrates a shift from a goods dominant logic to a service dominant logic within healthcare. In a service dominant logic, the customer, the patient and the organization, the healthcare organization, co-create the value in order to create the best mutual outcome.

Based on this in CE2.0 person-centered healthcare became viewed as healthcare driven by a service dominant logic.

3.3. User involvement in innovation and healthcare

User involvement means making the user a participant in the development and production services and products. By involving users in the development of new solutions research shows that more innovative services and products are created and delivered (Matthing, Sandén, & Edvardsson, 2004). In healthcare, Oliviera, et al (2015) identified that involving patients not only leads to better services but also that patient's ideas on how their care can be improved leads to greater quality of life.

This corresponds to both person-centered care and service dominant logic as both concepts shares the idea of making patients or customers active participants of the care/service delivery. Both concepts promise it will lead to increased value creation, improved outcomes and increase in quality of life and also lead to services that are more qualitative and resource efficient.

3.4. Service design

Service design has had a big uptake in recent years with in public sector to develop new services. This approach to develop solutions is used by units in public sector such as Experio Lab and SKL Innovation Guide. Innovation Guide is an offer from Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKL) for public organization to learn about innovation and how to employ service design to design better public services (Innovationsguiden, 2018). Service design is also brought up as a new method to design healthcare services in Sweden in the State public report "Effective care" (SOU 2016:2, Effektiv vård).

Service design can be defined as following:

"It is a human-centered, collaborative, interdisciplinary, iterative approach which uses research, prototyping, and an asset of easily understood activities and visualization tools to create and orchestrate experiences that meet the needs of the business, the user, and other stakeholders" – Stickdorn et al (2018) (Stickdorn, Hormess, Lawrence, & Schneider, 2018).

Stickdorn et al (2018) also describes the evolution of the principles of service design from the previous book "This is Service design thinking" (Schneider & Stickdorn, 2011). These updated principles are:

Human-centered

Consider the experience of all the people affected by the service.

Collaborative

Stakeholder of various backgrounds and functions should be actively engaged in the service design process.

Iterative

Service design is an exploratory, adaptive, and experimental approach, iterating toward implementation.

Sequential

The service should be visualized and orchestrated as a sequence of interrelated actions.

Real

Needs should be researched in reality, ideas prototyped in reality, and intangible values evidenced as physical or digital reality.

Holistic

Services should sustainably address the needs of all stakeholders through the entire service and across the business.

Stickdorn et al (2018) also brings up the compatibility between Service Dominant Logic (SDL) and Service design and argues that is a perfect match. This is collaborated by Edman (2009) to some extent, but she also identifies differences between them and suggest that they could benefit both from aligning the different used vocabulary.

In CE2.0 service design and its methods and tools were the chosen approach of designing person centered care services due to past experiences from CE1.0, its compatibility with service dominant logic and growing acceptance and use within public sector.

3.4.1. Service design methods and tools presented in project

When designing new services there are a many methods and tools that you can use to understand how the current service works, what users' experience, users' needs and how it can be improved. When choosing what tool to use it is important that you understand how it will help you achieve the goals and impact you are trying to achieve.

In the project several methods and tools, most from the field of service design, were introduced and used by the different teams. This subsection describes these methods and tools provided to the teams.

Interviews

Is a commonly tool for data collection from experts, users, witnesses or citizens used by e.g. journalist, researchers, investigators and designers in all fields. It's a classic tool for qualitative data collection about personal experiences, opinions and observations about a certain topic or statements about an event. Interviews can be structured with prepared follow-up questions or they can be semi structured with open questions based on a pre-decided topic. Interviews can also be conducted as a discussion allowing the interviewee to decide what to discuss and the interviewer listens and ask follow up questions based on what the interviewee brings into the discussion (Wikberg Nilsson, Törnlinde, & Ericsson, 2015).

Interviews can also be combined with other methods for data collection such as observations. When interviews are combined with observations, they are called contextual interviews (Schneider & Stickdorn, 2011). It means that when observing a user or a service provider in a specific service environment, you also ask questions about different interactions, events and behaviors within that service environment.

Focus groups

Focus groups is a widely used tool by both private and public organizations for a long time, dating back almost a half a century (Parker & Tritter 2006). Focus groups is a cost-effective method of getting large amounts in-depth data about a certain topic. Parker & Tritter (2006) argues that is why the use of focus groups for data collection has become so popular and standard within some research fields.

A focus group is used when you want to test or discuss something with a specific target group. That means that a focus group is a sample group with different individuals representing the target group for the test object and depending on who you chose to invite have significant impact on the result of the focus group. The result of the focus group varies on how it is facilitated, the group dynamic which is dependent on recruitment and sampling and incentives to participate.

Surveys

When you need much data about specific questions surveys or questionnaires are often used. They are easy to distribute and depending on how complicated a quite cost-effective solution to gather data from many individuals. A questionnaire is usually a form (digital or analog) with prepared questions that the user responds to by choosing, amongst different alternatives, the answer best fitting his or her opinion. There is much research and existing tools to use that can be used to design surveys to make sure they deliver usable and high-quality data (Wikberg Nilsson, Törnlinde, & Ericsson, 2015).

Customer journey

Customer journeys allows e.g. a designer to capture and illustrate a customer's process throughout the entire service offering (before, during and after) and the impact of the different service interactions (touchpoints) on the users experience and value creation (Schneider & Stickdorn, 2011).

It is usually created based on collected data through interviews, observations or other data sources about customers experiences, motives and behaviours but can also be used as a tool for prototyping redesigned services with future users or different stakeholders.

When illustrating the customers process using a customer journey, focus is on identifying the emotional and physical experience of using the service. And also what creates/defines that experience and by doing that identify the success factors and opportunities for improvement.

Service Blueprint

Service blueprint (Shostack, 1982; Shostack, 1984) is similar to a customer journey but focuses more on the internal activities of delivering a service. It includes the customers process but also includes two more levels. These levels are the "On stage" and "Back stage". "On stage" – level refer to the service functions that the customer can see and interact with. "Back stage"-level refers to the service functions that are not visible for the customer but are necessary for the service delivery and customer experience (Stickdorn, Hormess, Lawrence, & Schneider, 2018).

Desktop walkthrough

This method is a simple and effective way to ideate and prototype, primarily, physical service experiences. To conduct the method, it requires empathy and insight into the user attitudes, needs and expectations. The method is applied by using a model or blueprint representing the service environment on paper, in Lego or other material. Then by using objects e.g. Lego figures that can represent different service actors and users in the represented service environment. The participants then play out different service scenarios trying to identify where problems might occur either for the staff or the customer. (Schneider & Stickdorn, 2011)

Story board

It is not a tool that originates from service design but is used to illustrate a specific service situation and how user or patient experiences that situation. It can also be used to illustrate future service concept (Schneider & Stickdorn, 2011).

4. Approach of Chronically Engaged 2.0 (CE 2.0)

This chapter deals with the management of the project, how the different teams were supported and how the project was measured. In short, the methodology of CE 2.0.

4.1. Project management

This is how the project was organized, planned and structured in order to reach the given goals.

4.1.1. Project organization

The project was divided into three levels of organization (Figure 4.1.1-1). The top level was the steering group/committee that the project leader Linda Lännerström regularly reported to concerning the financing, planning and progress of the project. Next was the project management level. This level was responsible for planning, supporting the teams in their work. Project management was also responsible for the budget, time and that goals and scope was kept.

Project management was also responsible for measuring the outcome of the project. The last level where the four teams that participated in the project from four different primary care centers.

Each team was self organized, with one team leader responsible for overseeing their work and reporting to the project management team. Each team consisted of 2-6 individuals.

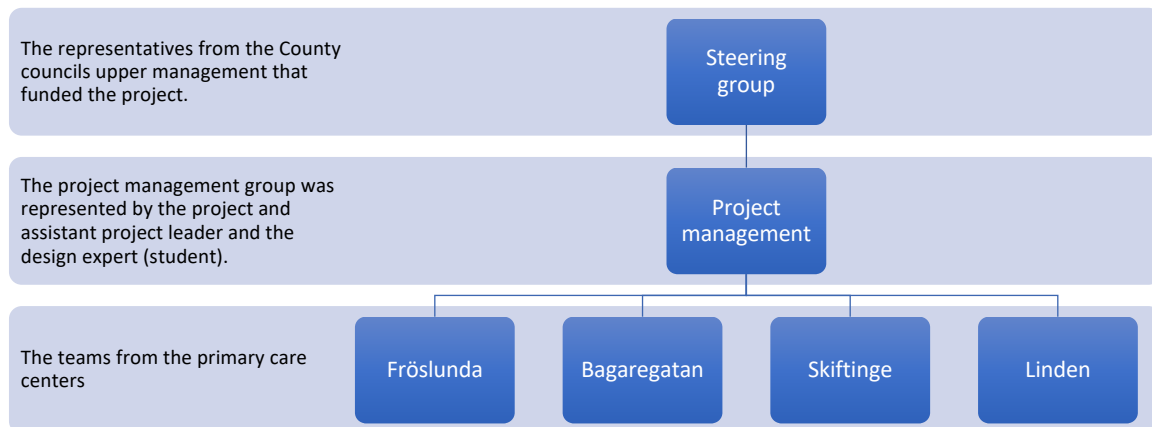


Figure 4.1.1-1. Project organizational chart.

4.1.2. Project planning

The project spanned from 2016 – 2017 and was divided into the different phases of the project process.

The overall project planning was conducted by the project management team defining the time period for the different project phases. After this was introduced to the teams they then planned their own work given the frame provided by the project management team.

The project leaders, supported the teams by negotiating with the managers of the primary care centers to make sure they were given time to work with the project.

In the illustrated timeline (Figure 9.1.2-1) the different project phases, activities by project management and meetings with steering committee are illustrated.

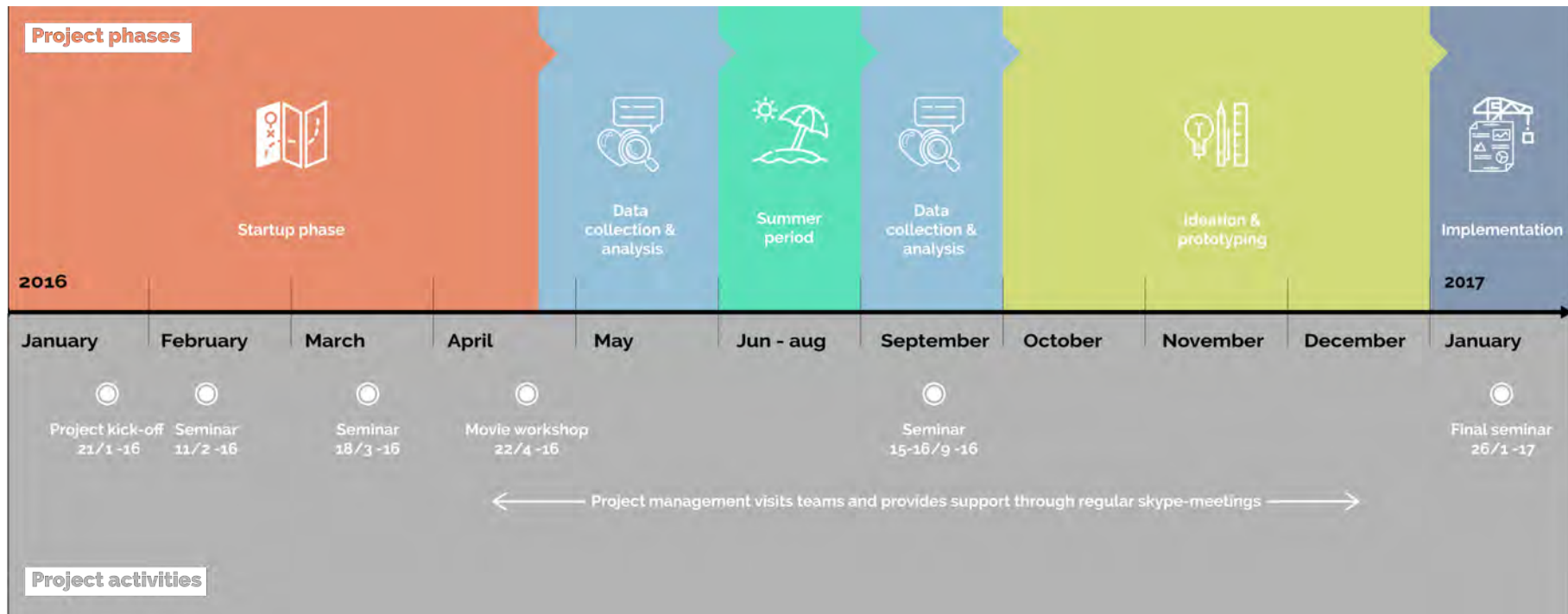


Figure 4.1.2-1. Project timeline.

As illustrated the first project phase was conducted from January to March, starting with a kick off seminar the 21st January. The second phase ran from March until June, paused during the summer, and resumed after and continued into September. The third phase was conducted from September to January. The last phase was started January 2017 with the final seminar 26th January 2017 and since the

project did not involve the implementation of the developed solutions, nothing more was planned beyond that date within the project. However the teams on their own initiative were free to plan activities beyond the project to continue exploring their results.

4.1.3. The project phases of CE 2.0

The project was divided into four phases (see Figure 9.1.3-1). The phases were inspired from but a simplified version of the SKLs Innovationguide process (Innovationsguiden, 2018). The different phases of the project were:

1. Before you start
2. Data collection and analysis
3. Ideation and prototyping
4. Implementation

1. *Before you start*

This phase focused on introducing the project to the participants. Educating them on the process, the methodology and introducing them to person centered care.

The teams also defined their challenge they were going to focus on during the project. To do this they had to frame the context of the challenge, what effect was to be gained by the developed service and what target group the challenge referred to.

During this phase a baseline was also created in order to be able to measure the teams experience and learning throughout the project.

2. *Data collection and analysis*

During this phase the teams used different approaches they learned about to collect information/data concerning patients' experiences of the current service. The teams then analyzed what they collected to identify needs and issues that they need to solve when developing a more person-centered service for the patients.

Based on their findings they reviewed their challenge they wanted to solve to see if it was still relevant or needed to reframe it.

3. *Ideation and prototyping*

As the title of the phase indicates this phase focused on identifying ways to address the teams challenges and make the ideas tangible/visualized so that they could be tested and discussed with relevant stakeholders and users.

4. *Implementation*

This phase was the final phase of the project. However it was only initiated as implementation of the designed solutions and was not within the scope of the project.



Figure 4.1.3-1. Image of CE 2.0 project phases

4.2. Team management

The purpose was to let healthcare professionals become the designers and allow them to learn and experience what it means to develop a person-centered care. This meant that the project management team needed to have strategies for managing, educating, supporting, knowledge dissemination and follow the teams progress.

The strategies were:

- Seminars and workshops
- A secret facebook group to share experiences and inspiration
- Regular skype meetings
- Physical visits to the teams' primary care centers.

To let the teams inspire each other and have an open platform for sharing experiences, articles, insights relevant to the teams work a closed Facebook group was set up (see Figure 4.2-1 below).

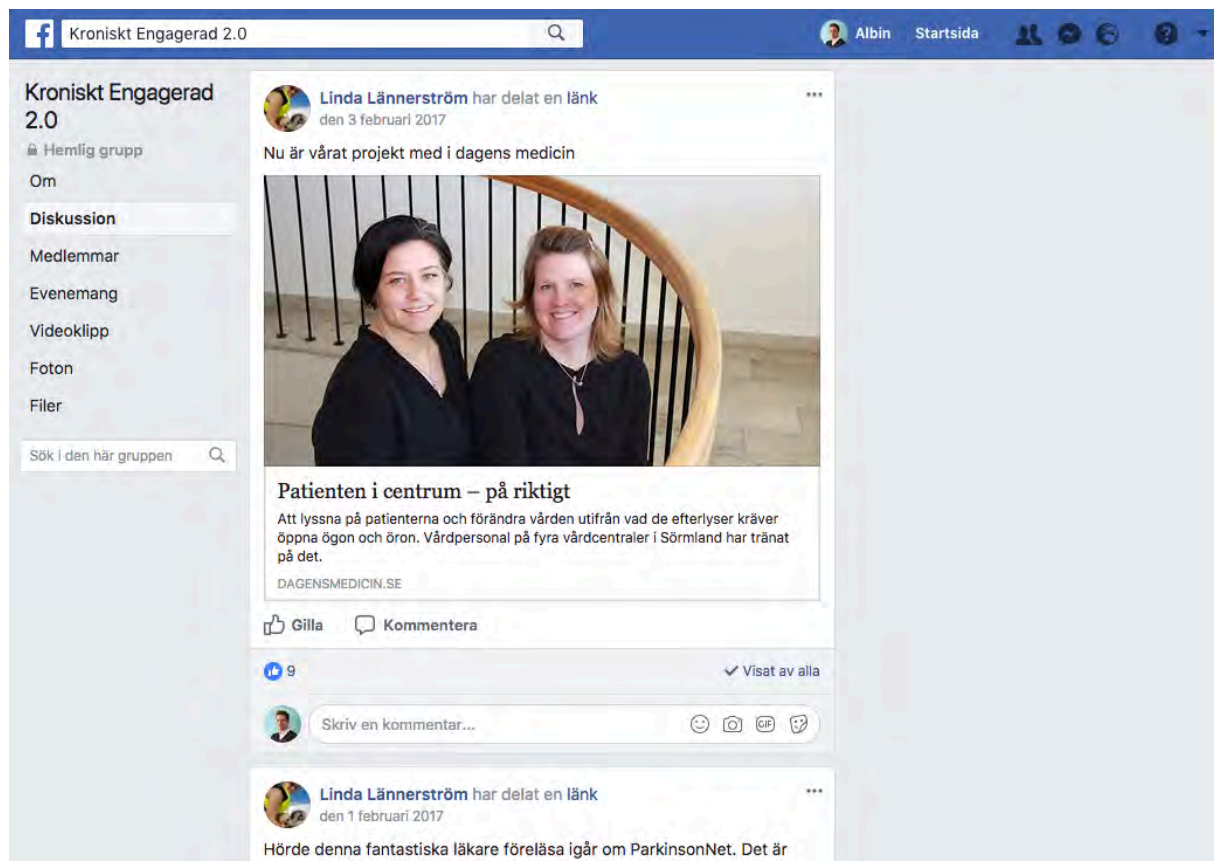


Figure 4.2-1. Screenshot of the facebook group (edited).

Regular skype meetings were also scheduled with the teams where they briefed each other on the progress of their work and, the project management group tried to listen after the team's different needs of support.

Lastly, physical visits were made by the project management team at the different primary care centers to talk individually with the different teams. These visits were primarily planned

for during more complicated phases of the project or when the teams expressed extra support during specific activities.

4.3. Coaching of teams

Since the intent of the project was to empower the teams to conduct most of the work themselves, much of the efforts by the project management team focused on preparing the teams and coach them in different tools, concepts and mindset.

Since implementation of person-centered care involves changing not only the service delivery towards the patient, it also has impact on the organization; how it operates, the culture and incentives. This meant that much effort needed to be invested in creating a mindset within the teams to enable them to imagine new ways of delivering care, new ways of organizing and how to collaborate within the current organization and even external organizations. Therefore, a lot of the coaching given to the teams concerned person centered care and shift towards service logic and pushing them to involve patients in their work and test different approaches to discover insights and ideas.

4.3.1. Seminars and Workshops

During the project several 8- or 16-hour workshops or seminars were planned and executed by the PMT. These seminars and workshops functioned as the project's educational platforms where the teams were given the theory, knowledge and tools to conduct their development work. The scope of the workshops and seminars depended on the scope of the current project phase and how much support the teams needed to work independently.

Some workshops also included supervised group work for the teams. During these supervised group work sessions, they could focus on the project and receive on-site support from PMT when working with their different challenges and identify possible solutions.

The seminars/workshops that were arranged were:

Project kick-off:

During the project kick-off the teams were introduced to the purpose and scope of the CE2.0 and listened to inspirational talks from politicians and managers backing the project and project process and methodology. The teams also did smaller tasks such as creating future news posters of what they believed the project would lead to.

1st seminar:

The first seminar of the project focused on giving the teams a deeper understanding of the methodology of the project. The PMT gave lectures on service design, service dominant logic and person-centered care. The teams also explored different methods and tools they could use during the project.

2nd seminar:

The second seminar was about helping the team to understand how to gather data and analyse it to bring greater understanding of the patients needs. The seminar also allowed the teams to work independently as a team with the project with aid from the PMT.

3rd seminar:

The third seminar was the prototyping seminar. The teams were given lectures in prototyping with a focus on services and were then challenged to create ideas and prototypes aiming to solve their research challenges. The teams were provided with support from experts from Linköping University and the PMT. To their aid the teams also had different materials to prototype with.

4th and final seminar:

The fourth and final seminar was the end presentation of the teams' work. The attendees were internal stakeholders, involved organizations e.g. Experio Lab and SKL Innovation Guide. During the seminar they got to show what they had accomplished during the project. The teams had different stations and the attendees picked the station they found most interesting and then they circled around the room at given intervals.

4.3.2. Methods and tools provided to the teams

The methods and tools presented to the teams by the design expert were commonly used tools when designing services. Since no team member has used design tools previously all tools needed to be easy to learn and use by the teams.

The following methods and tools were introduced:

- Interviewing
- Focus groups (Patient councils)
- Survey
- Customer journey
- Service Blueprint
- Desktop service Journey
- Story board

The tools were introduced during the 2nd seminar and the teams were free to test and use the tools how they saw fit during the project. Since they all had different conditions and ability to conduct their work no expectation was put on the teams to use all of them. Instead the focus was to make them use the tools that they had confidence to use and could learn from given their context and resources.

4.3.3. Lectures from experts

Person centered care is complicated as it changes the view and role of the patient. To help the teams understand several experts were invited. They talked about what person-centered care is and how the organization needs to shift perspective from the organizational needs towards the individual needs and what that means for an organization and for service providers.

The lecturers were:

Sara Riggare, Karolinska Institute, Phd-student

She talked about her own experience as a Parkinson patient and research as a lead patient within healthcare. She related this to person centered care and the potential of making patients co-creators of care.

Hanna Lundstedt, Head of the strategic initiative of Person-centered care

At each seminar Hanna lectured about Person centered care. She talked about her own new insights and the progress of her strategic project of implementing Person centered care within the County council.

Jonas Gumbel, SKL Innovation guide

Jonas Gumbel joined the kick off for talking about innovation within public sector and how you develop innovations. He presented the early process model for SKL Innovation Guide that the project built its process upon.

Olga Sabirova Höjerström, Service designer at Experio Lab

Olga Sabirova Höjerström works as a service designer at Experio lab. She talked to the teams about how to co-design new healthcare services with patients and her experiences from that work.

Aina Nilsson, Head of Primary Care at County council of Sörmland.

As financier of the project Aina joined the project kick-off to tell her view of why it is important to involve patient in the development of healthcare services and why the project was important for Sörmlands county council.

Per Kristensson, Professor and Director of Service Research Center

Per Kristensson is a professor and currently the Director of Service Research Center at Karlstad University. He joined the Kick off seminar to lecture the teams on what service logic and service innovation is and why this shift from goods to services is important.

Stefan Holmlid, Professor in Design with specialization services at Linköping University

Stefan Holmlid lectured on how you can ideate and discover new type of services.

Johan Blomkvist, Assistant Professor Linköping University

Johan Blomkvist assisted by both lecturing and assisting the teams during prototype workshop.

Josina Vink Designer & Researcher connected to Experio Lab, County Council of Värmland and based at Service Research Center, Karlstad University

At the final seminar Josina Vink talked about Designing the invisible which is part of her research. Designing the invisible is about how design allows us to make the intangible tangible in order to understand it and change it.

Vanessa Rodrigues, SDIN Phd Student at Linköping University.

Vanessa Rodrigues is part of a European Research programme funding several international Phd students looking into the research field of service design. Vanessa joined the project half way in the project to gather data for her own PHd research and assisted in the PMT.

4.4. Patient involvement

CE2.0 would not be a project about person-centered care without involving patients in the project. Another reason for the need of involving patients or users, as they also can be referred to, is because bringing users/patients into the development process leads to more innovative and valuable solutions (Matthing, et al., 2004 & Oliviera, et al., 2015).

To achieve this much effort was put into involving patients in all relevant phases of the project, both on a project management level and in the team's work.

Project management recruited patients to contribute in the seminars and the different workshops where patients own insights and experiences could benefit the teams own work and understanding of how to involve and collaborate with patients in development work.

The teams were also encouraged and supported to involve patients in their process which they did in different ways. Some arranged patient councils, others interviewed patients during patient visits and one team arranged a cooking evening with their patients.

Patient councils are similar to focus groups where different patients are invited to discuss a certain topic and the profession can listen to the patients' perspectives on the topic.

4.5. Communication and dissemination

Person centered care challenges the current mindset and how care is organized today. This means that people will feel uncomfortable, uncertain and for some their power position will be challenged. Therefore, for the project to communication is important in order to educate others about what person-centered care is in order to build understanding and acceptance.

As Person centered care also was a strategic initiative of the county council it made communication both internally and externally important.

Internally

Internally the focus was on educating the organization and challenge the current mindset of the organization of how we create value for the patients and the organization. To achieve this several movies were created together with patients, representatives of patient unions and directors and script writers. The movies were then filmed, edited and posted on the county councils webpage with a survey with questions in regard the viewers experience and reflection of watching the movies.

Externally

Externally the focus was on spreading experiences of working with person centered care and service design within healthcare. To achieve this the project used professional networks of the project management team, participating in events and inviting external actors to participate in events arranged within the project.

The project was presented at the RISE seminar at Almedalen 2016 (**Fel! Hittar inte referenskölla.**) as an example of how to change healthcare through design and patient involvement.



Figure 4.5-1. Albin Andersson (thesis author) presenting *Chronically Engaged 2.0* at Almedalen 2016 during RISE seminar.

The end seminar for the project was arranged to be open for internal stakeholders interested in the project and actors from the professional networks of the project management team.

4.6. Collaboration with other projects and organizations

Through professional networks partnerships with external organizations were established. Researchers from Linköping University, Service Research Center in Karlstad helped out during seminars and workshop by giving lectures, supervising the teams during workshops or used the project for collecting data to their own research. The following organizations gave support to the project.

Experio Lab

An internal design lab within the County Council of Värmland also assisted the project, by letting us borrow their service designers to run a large workshop where the team members were introduced to different design methods and tools.

SKL Innovation guide

SKL innovation guide is an initiative by SKL, an organization representing Swedens municipalities and county councils. They were starting up concurrently as CE 2.0 started and they were prototyping how to present and educate service design and their innovation

process to future participants. They tested this on our project and we shared reflections and advice on leading teams working with design during the project.

During the end of the project their project leader also assisted the project management team and the steering committee by running a workshop where we discussed the insights gathered by the project management team during the project.

Konstfack

Through Konstfack, Sweden's largest university of arts, crafts and design, the concept of power was explored when the student Felicia Nilsson conducted a design project in connection with the project. The student Felicia Nilsson conducted design research and came up with prototype of a shared stethoscope. She let the healthcare staff involved in the project test it and had follow up discussions on the power relationship between patients and healthcare profession.

Service Research Center

Researchers from Service research center helped out the project by giving lectures during seminars.

Linköping University

Researchers from Linköping University also aided the project by giving lectures during seminars. The collaboration also provided Ph.D. students with the opportunity to use the project for data collection for their own research.

4.7. Role of the design expert

The role of design expert (the thesis author) in the project can be divided into three different levels each level representing a different approach (see **Fel! Hittar inte referensälla.**).

The work by the design expert was conducted in collaboration with the rest of the project management team but also on an individual level.

Strategic level

The design expert supported the project management team strategically on how to enable and support the teams to design person centered care services. The work also involved helping them find argument towards the County Council of Sörmland management why it was important to shift value perspective and how to involve patients in care delivery and what conditions are necessary to use service design.

Since the project also needed to better understand how to implement person centered care, the design expert also advised the management team on what he saw was happening within the healthcare sector and what these trends had for impact on the healthcare system and the healthcare organizations. His position at RISE Research Institute of Sweden AB enabled him to be aware about research and innovation projects and new actors that tried to innovate within the healthcare sector and could provide perspectives on why this was happening and what this could mean for healthcare providers.

Practical

On a practical level the design expert role was to support the teams with specific task concerning conducting user research, formulating ideas or creating prototypes to demonstrate the team's concepts. The practical role also included to create educational materials for workshops.

Coaching

Through previous experiences and knowledge about healthcare innovation and working with service design within healthcare sector, the design expert planned and executed educational activities for the teams to empower them to interact with patients, involve them and how to identify valuable insights to be able to design more person centric care services. The teams were also, when needed, assisted in their activities and coached in develop concepts and prototypes.



Figure 4.7-1. Framework to illustrate the role of the design expert.

5. Result

This chapter focuses on the result of teams work their final concept. It also describes the role of the design expert in the project and describes the identified enabling and inhibiting factors and the design of the guidebook.

5.1. Result of the teams work

During a year the teams worked hard and faced different challenges but also opportunities during their process. This is what became of their work.

5.1.1. Linden Primary Care Center

Linden Primary Care Center is located within the Hospital in Katrineholm, Kullbergiska Hospital. Their focus was on diabetes type-2.

Challenge

Linden Primary Care Center wanted to understand how patients experience the offerings of the primary care center towards diabetes care. The current model is applied to all patient with no regard to cultural background, language barriers or knowledge about diabetes. The available resources need to be applied more effective - Right competence for the right assignment.

Insights from research

The team at Linden Primary Care Center came up with different concepts connected to the same challenge. The concept was based on insight gathered through interviews with patients, and the use of a visitor diary. The insights were:

- Patients are mostly very satisfied with their meeting with a diabetic nurse.
- Patients desire increased availability to his or her diabetic nurse.
- There is a dissatisfaction with doctor visits that is primarily connected to bad continuity and experience of disinterest and or lack of knowledge from the doctor.
- Patients express a great need of different forms of support to be able to adopt and maintain changed lifestyle and behavioral changes.
- Patients experience obstacles to adopt and maintain lifestyles and behavioral changes. Obstacles are related to lack of social support; both in society and healthcare context. Obstacles are also related to lack of knowledge and tools to create and maintain a healthy lifestyle and to personal obstacles.
- Patients desire to meet other patients in group to increase their knowledge as well as receiving social support for lifestyle and behavioral changes.

Final concepts

Based on their insights and work the team at Linden created three concepts. These were the PT-pilot, Cooking classes and Health café.

- PT-pilot

PT-pilot , Physical Trainer-pilot, was a concept building on the idea that all staff could help patients finding interesting options of physical activity in Katrineholm given the right tool. The team thought that using an exercise menu created by the physical therapist that listed the different possible options for physical exercise that the city of Katrineholm could offer, with contact information for the patient and necessary information for the staff using the menu. The idea is that it would make it easier to assist patients who wants to find a physical activity that fits their interests, needs and ability. This menu would be available for all staff at the primary care center and allow them to become "*PT-pilots*", which means they can guide patients to the best fitting option for physical activity. The exercise menu would also work in tandem with FAR-prescriptions which are prescriptions for physical activity where the county council pay or subsidize the costs of the physical activity (e.g. membership cost or entry fees). Connecting the concept to FAR-prescriptions also allows the team to follow up the outcome of exercise menu.

- Cooking classes

The diabetic nurse, Maria, who was the team leader had previously arranged open events for diabetes patients on Mondays to have lectures on different topics concerning e.g. diet, exercise and sleep. The team took this one step further and arranged for a cooking class for patients with diabetes type-2 (see Figure 5.1-1). During the cooking class all participants helped preparing ingredients and cooking different dishes. The class was a huge success and all participants enjoyed it very much, even the participant who complained loudly from the start.

The cooking class was also a prototype of a part of the teams third and more radical concept, but it became also a concept of itself and something that could be implemented while the concept of the health café was further explored.



Figure 5.1-1. Event images from cooking class

- Health café

The Health café was a concept that evolved early in the teams work. Based on early results from patient interactions it became embarrassingly obvious how contradictory the communication regarding healthy food provided to diabetic patients was, and what they indirectly recommended they eat while waiting for result at the hospital café.

As some patients phrased it:

“Why do you sell coca-cola at a “health hospital””

Boy, 12 years old

“It is sugar in everything, everywhere. Not even at the hospital café can I find something to keep my blood sugar in check”

Man, 61 years old

Connected to the Primary Care Center but located in the lobby of the hospital was a space called health plaza. At the health plaza visitors could learn more about health from different perspectives such as how your lifestyle affected your health or how your body worked. At the health plaza visitors could also test themselves. Lately, the team had experienced that this plaza had become very inactive and was quite passive in its interaction with visitors. It was manned less and less and did not live up to its potential according to the team.

These insights lead the team to develop a concept called health café. The concept was to redesign the hospital cafés to only promote healthy products and also use them as platforms for educating about healthy food and how to change and maintain a healthier lifestyle. A part of this concept was tested with success through the cooking class and with the help of PMT they wrote an internal project proposal aimed at creating a model for health cafes at the county council. The project would start with prototyping its model at the Katrineholm hospital and Linden Primary Care center and try to redesign the offering at the café towards a health profile and educating about health life style changes and. This model would then be spread throughout the county council.

Approach

To gather data and information about patients experiences the team conducted interviews during patient visits. They also arranged open house events and use the opportunity to have dialog with visiting patients. They also tried to use a visitor’s diary with only two patients responding. Most usable information was gained from patient interviews and interactions with patients during the different events and ordinary patient visits.

The team analyzed the information and came with up their insights which enabled them to create their different concepts.

Both the concept of cooking classes and health cafe the team created during their independent work and they prototyped the cooking class on their own initiative, only receiving funding from the project budget.

Since the team had already developed their concept about the health café before the prototyping seminar the PMT decided to challenge them further and forced the team to explore new ideas to prototype during the prototype seminar. During the workshop they created the concept of the “PT-pilot”

Of the three concepts only the health cafe was further explored which was a concept with great potential. As it was not possible to explore within the scope of the project an application for a prestudy was sent to Vinnova, The Swedish innovation agency. The application was denied however due to lack of innovation potential. Instead the head of primary care at the county council of Sörmland decided to fund it using internal funds. The funding was approved at the end of the project.

The concept of health café was also tested in a small scale during the final seminar which project management helped them arranging. The team leader, Maria made different healthy snacks and the project management team and design expert helped with arranging the space for them and communication material for the concept (see appendix 1).

5.1.2. Fröslunda Primary Care center

Fröslunda Primary Care Center is located in Eskilstuna, and is one of the largest primary care center in Sörmland. They focused on hypertension.

Challenge

Fröslunda choose to focus on patients with hypertension (high blood pressure). They wanted to understand how to better educate patients and their relatives about hypertension, risks, consequences and what options exist for self-care. They also believed there was a need for more options for patients and the staff at the primary care center to monitor blood pressure and for the yearly checkups.

Insights from research

From their research they had the following insights:

- Patients are unable to see the connection between wellbeing and blood pressure. They feel dizziness and have headache but cannot see a connection to their blood pressure.
- It is troublesome to take medicine every day. Feeling unsafe and uncertain if they should exercise.
- Follow up of blood pressure at Primary Care Center varies between almost none to regular contact each week. (1 time/week – 1 time/year).
- Wishing more regular contact, either by being summoned or by booking your own meeting.
- The experience at the center varies also between calm, safe and good treatment to discomfort (in regard to establishment) and anxiety.
- Wishing it to be easier to come into contact with health center.
- Patients don't see any technical solutions besides the ones that are available for self-monitoring.

Final concept

The team at Fröslunda created a concept which is a six month health program for hypertension patients. The program offers different types of supports which is combined in collaboration with the patient to fit their needs and ability to make necessary life style changes. The program also offers a contact person, an assistant nurse, who coordinates the individual programs and the different supports with in the programs.

They called the concept “Blodtrycksbåten” which directly translates to the blood pressure boat. They analogy behind the name which they wanted to communicate is that we are all in the same both with the common goal of feeling healthy and have good quality of life.

In appendix 4 you can see a pamphlet illustrating the program.

The program, as mentioned, operates during six months and is then evaluated and depending on outcome other medical interventions are introduced. What makes the program a strong concept is that is also complies with all legal and medical demands concerning hypertension treatment. This would not been possible without collaboration and teamwork with all medical professions involved in treating hypertension.

The concept was planned to be tested during the spring of 2017.

Approach

In order to gather data from patients the Fröslunda team conducted a survey. They also gathered information regarding their patients experiences by allowing patients to leave feedback in a huge heart made out of paper mache (see Figure 10.1.2-1).

Their concept was developed during the prototyping seminar where they were given materials and inspiration on how to create prototypes of their different ideas. They used materials such as lego, paper, and sketches to illustrate their concept.

After the seminar the team worked with creating a pamphlet for the program that described the content of the program, why it focused on self-care and how different professions could give assistance to the patient. The medical doctor created the illustrations for the pamphlet and the team collaborated with the project management group to create a language that both had medical relevance and was patient centered.

The concept was presented at the final seminar.



Figure 5.1.2-1. The paper-mache heart where patients could drop answered surveys.

The team went so far as to test it live at the primary care center with newly diagnosed patients. However, since the program needed to run for six months to be evaluated the test could not be part of the project.

5.1.3. Bagaregatan Primary Care Center

Bagaregatan Primary Care Center is located in Nyköping. Their focus in the project was on Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Challenge

Their challenge was to understand how to increase patients participation in care and treatment of COPD and how to increase the cross-disciplinary collaboration at the PCC in benefit of the patients.

Insights from research

Through their work the team had the following insights from their research:

- Patients view on participation is rather limited. “Nothing particular, I receive the help I need” – Quote from patient.
- Influence how and when you want to visit.
- Reason for stop smoking appears to most often be related to a major life event.
- Can acceptance of one’s disease be the road to increased responsibility of one’s illness?
- Support for mental health needs to be increased.
- Overall patients are satisfied with the care and treatment provided.

Final concept

Based on these insights Bagaregården developed a concept called “KOL-slussen” which roughly translates to COPD-gateway. The concept goal is to help the PCC to help both patients and staff to steer the patients to right care level and a care fitting both the demands of the PCC and the patients’ needs and conditions.

The purpose of the COPD gateway is to:

- Simplify the process of finding and diagnosing patients who are believed to have COPD and to identify COPD patients in an earlier stage before the illness becomes more serious.
- Increase the number of patients who conducts a COPD6 test in connection with visits at PCC.
- Increase patient’s ability to take responsibility and participate in the treatment of their COPD illness.
- Increase the cooperation between different nurse specialists at PCC.
- As many patients suffer from multiple chronic diseases and we (the team) want to explore if we can increase collaboration between specialist nurses to coordinate the patient visits better so reduce the need for the patient to meet all different specialist nurses at different visits.

The concept was illustrated as service blueprint. Figure 5.1.3-1 and Figure 5.1.3-2 shows the different iterations of this concept and how it was finally represented to understand how the this new way of working with COPD patients was supposed to function.

The concept was presented internally at the PCC after the prototyping seminar and they started informing their colleagues to make sure patients in risk of COPD were offered the COPD6 test. They also arranged for a first patient information meeting where newly diagnosed patients and their relatives could come and meet different professions talking about COPD and learn about what it means to have COPD. After the session they followed up after a month with a telephone interview to understand how patients experienced this way of informing about COPD. The initial plan was to continue to arrange these meetings one every half a year.

Approach

To collect data to analyze concerning patient needs and experiences the team decided to conduct patient interviews during booked patient visits. The interviews were analyzed and then the topics of that analyze was discussed during a patient council with COPD patients.

During the prototyping workshop the team came up with the idea of the COPD-Gateway.

The COPD-Gateway was illustrated as service blueprint as it provides a good overview of both patient journey and actions by the service organization. As such, the blueprint (see **Fel! Hittar inte referenskölla.** or appendix 3) where it illustrates COPD-patients actions and interactions with the primary care center and what happens on a service level for the center and the different paths a patient can take within the service depending on COPD6 results and their needs of support. The blueprint also highlights where different professions are responsible in the service.

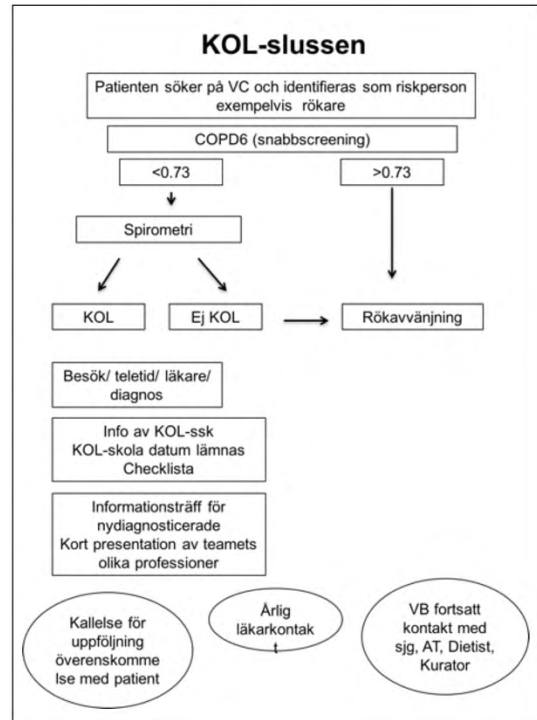
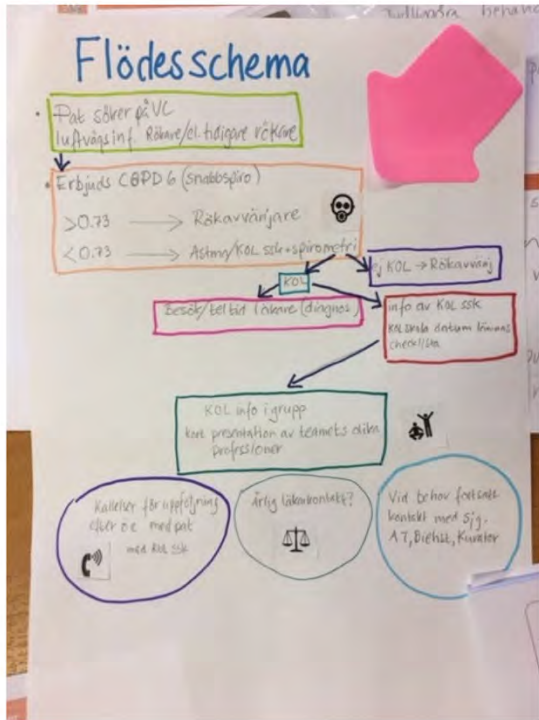
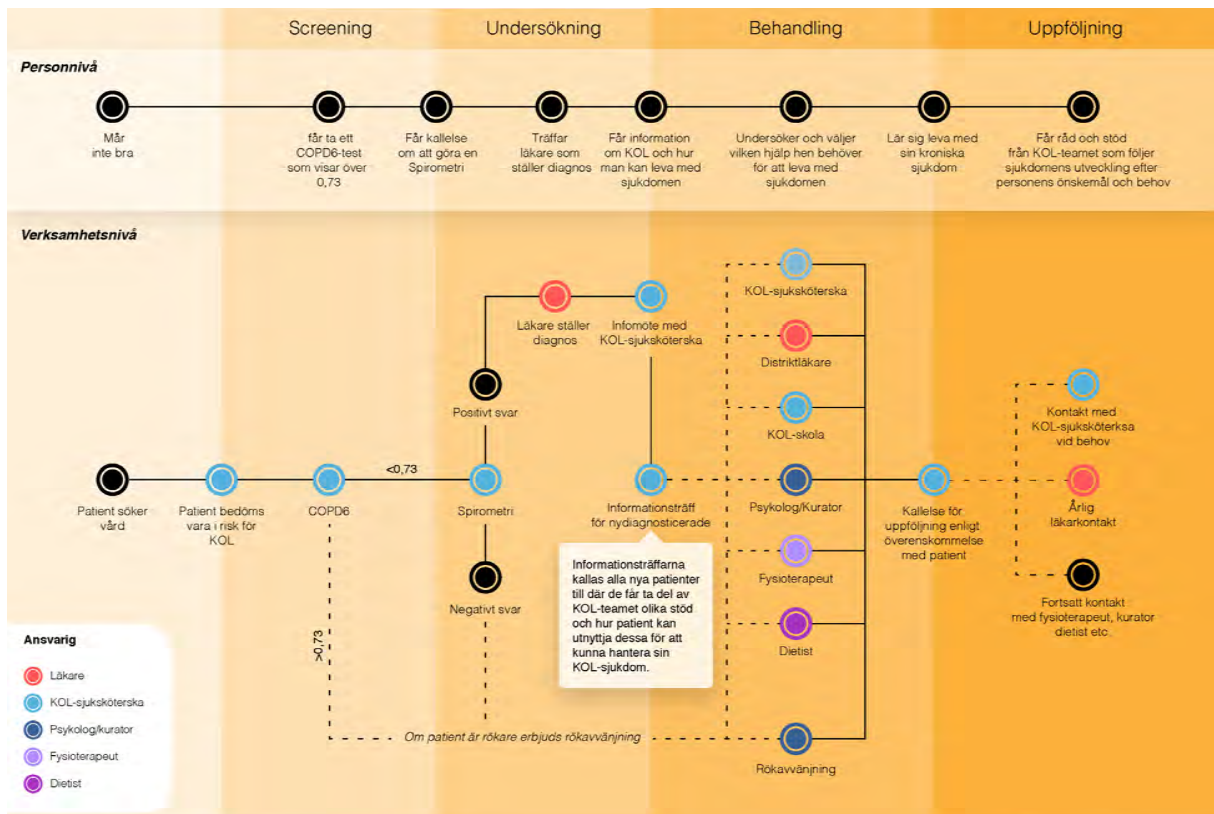


Figure 5.1.3-1. First and second prototype of COPD-gateway concept



KOL-slussen -Tjänstekarta



Figure 5.1.3-2. Final prototype of COPD-gateway concept.

The concept was validated by informing internally about the concept at APT-meeting, which roughly translated means workplace meeting, which is a meeting where everyone is updated on current and future activities at the PCC. After the meeting they decided to start working

according to the described process, offering COPD6 test to patients they deemed in risk of COPD. The patients who were diagnosed with COPD were then invited to the first group information meeting. During the meeting the patient received information about from the different professions who are part of treating COPD. After the first test of this group meeting several of the participants were interviewed about their experience of it to understand if the group meeting added value for the patients and their relatives. The response from the participants was very positive.

The final concept and the result of the first group meeting was presented at the end seminar.

5.1.4. Skiftinge Primary Care Center

Skiftinge Primary Care Center is also located in Eskilstuna, but in another part of the city called Skiftinge. Their focus was on diabetes type 2.

The team from Skiftinge was also involved in a national project called "Flippen i Primärvården" lead by SKL. The project explored the idea "Flipping healthcare" (Bisognano & Schummers, 2014) with the intent of discover new and innovative ways of organizing and deliver healthcare. Because of this the team also had more experience with working with healthcare development and that lead them to approach their task differently than the other teams focusing more on their internal organization in regard to their challenge. Since they were involved in an another project and had an existing close collaboration with assisting project manager the design expert was not needed to be involved in their work as much as the other teams. As such the information, thoughts and reflections about this team and their work is limited.

Challenge

Skiftinges challenge was to establish internally a new treatment guideline to make diabetes type 2 patients more involved and increase their motivation for self-care.

Insights from research

Their research resulted in the following insights:

- The distance for a patient to start change their life style needs to made as small as possible.
- Chronically ill does not have to mean that you feel sick.
- It is imperative to make patients realize that their chronic illness is for life, that it not a "catch of diabetes", similar to when you catch a cold.
- The importance of asking if patients experience that they need talking to someone about their new life situation.
- Patients wants a permanent care contact as much is possible.
- To be able to use other forms of communication in their contact with their care provider, e.g. mail or video calls.

Final concept

Early in the project they found the need of creating more informative dialogs with patients concerning their health and diabetes. To achieve this, they wanted to create a tool similar to what was created during CE1.0 with illustrations and easy to understand information to use during dialogs with patients.

The first result was called the diabetes guide (see Appendix 2). The diabetes guide is designed as a pamphlet with an illustration of a thermostat showing different levels of Hb1aC, something they were inspired by from a drug company. It also contains a graph illustrating the difference between low, normal and high blood pressure. The pamphlet is meant to be used as a dialog guide to have a pedagogic discussion on how much control the patient has of his or her Hb1aC, which is an indicator of how they maintain their diabetes type 2. The pamphlet also contains information about selfcare options, contact info for diabetes nurse and also space to write up activities the patient aims to do for better health and to write down the experience of those activities.

As mentioned, Skiftinge had been involved in a previous project run by SKL called “Flippen I Primärvården”. Because of this they been working with change and redesigning their services much longer than the rest of the teams. Because of this they wanted to focus more on implementation and organizational change. They wanted to establish a diabetes team that understood how to work according to new treatment guidelines and how to work collaborative with other professions at the PCC when aiding diabetes patients with their different needs. To achieve this the team outlined an implementation strategy as pictured in the image below.

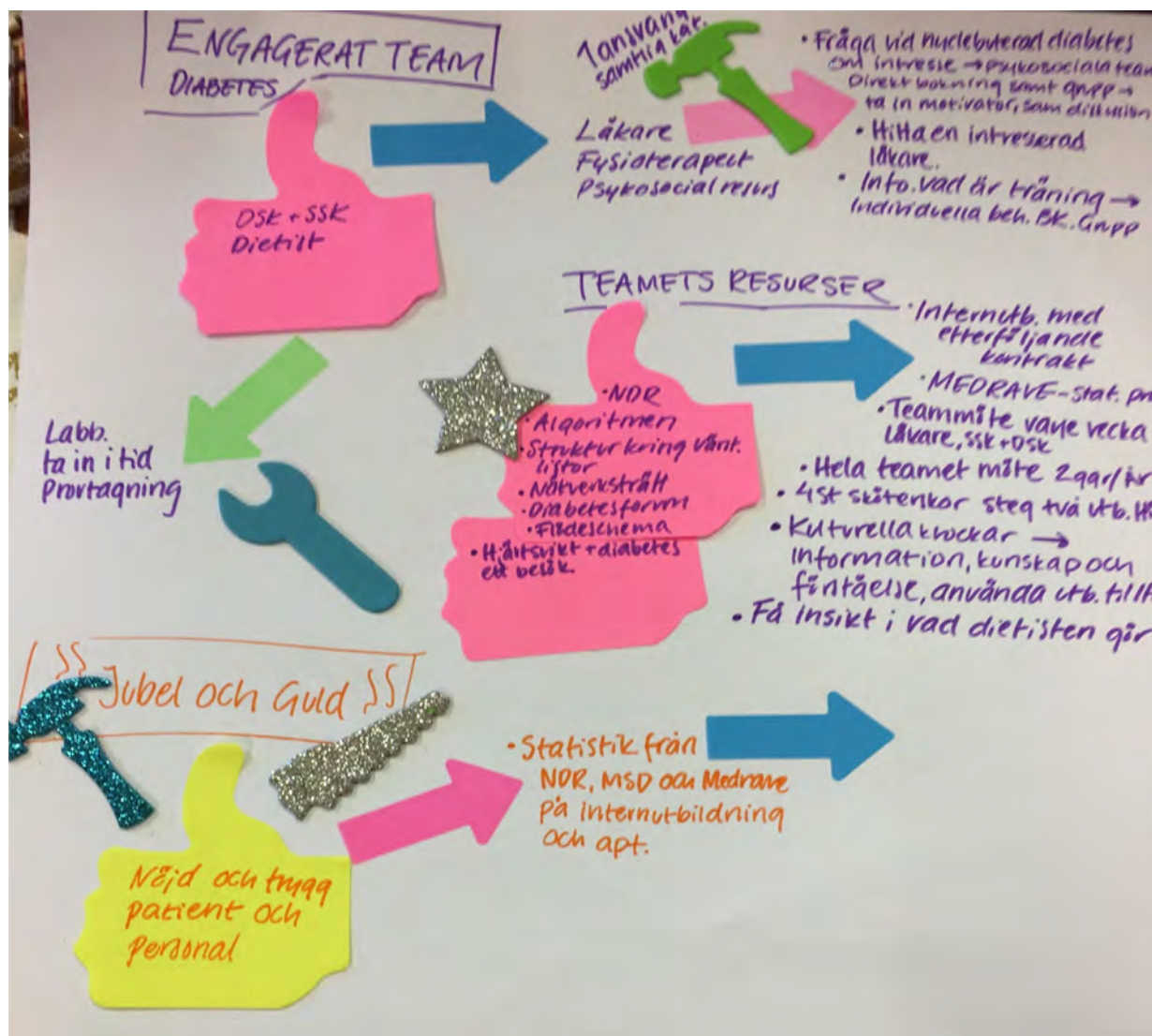


Figure 5.1.4-1. The prototype created by Skiftinge during the Prototype workshop.

Since the design expert was not involved in the team's work more than helping out with the diabetes guide. As such this result (Figure 5.1.4-1) from the prototype workshop is all material that exists about the team's final result concerning their implementation strategy. Their result was also presented with the other teams during the final seminar but not much more details were revealed during the seminar that could be presented here.

Approach

In regard to the team's approach the information is also rather limited. What is known is that the team participated in all project seminars, they interacted with patients in different ways e.g. arranged for vaccination event where they could interact and talk with patients while they were waiting for receiving vaccinations and they tested out early version of the diabetes guide during patient visits to make sure it created value.

The only direct collaboration with the design expert was the design of the diabetes guide. It was an early idea of the team to create a better patient meeting when talking about a patient's diabetes. It was designed together with the design expert and the team where they provided texts and their ideas on how it should look which the design expert used to create

suggestion of the guide while adhering to the graphic profile requirements of the county council.

The team presented their results during the final seminar with the rest of the teams.

5.2. The support of the design expert

The support from the design expert depended on the needs and abilities of the different teams. The support given to the teams can be divided into these three levels as illustrated by Figure 10.2-1. The illustration visualizes the type of support and a perception of the magnitude for each type of support. Coaching represents the largest type of support given and strategic the smallest type of support given.



Figure 5.2-1. Framework regarding support of design expert

Strategic

The teams who needed more of a strategic support were the teams that were independent such as Linden. They did not need any real practical support in how to involve patients or how to test their ideas. However, they needed more assistance regarding how to take some of the ideas further. E.g. for their concept regarding the health café we helped them write an application to receive further funding to develop the concept since it needed more funding to be explored than was available within the project.

Part of the strategic work also involved identifying obstacles and what made the teams successful in their work and how to better coach them. Such as identifying outside interference from inhibiting the team's ability and conditions to participate in the project. The work to reduce internal negative influence on the teams was primarily the responsibility of the other members of PMT through dialog with management at PCC and the steering group.

Part of the strategic work became to also understand how to disseminate the experiences of the project which led to the idea of creating the guidebook.

Practical

The practical support consisted mostly of helping the teams with certain tasks or helping them with the design of their prototypes. E.g. the team at Fröslunda received assistance in designing a pamphlet for the Blood Pressure Boat since they lacked the proper digital tools and skills to create it. They supplied texts and illustrations which were then iterated back and forth to create the final pamphlet to ensure it expressed values of person-centered care, followed the guidelines for the graphic profile of the county council and had correct information regarding care options and medical aspects of hypertension. Besides helping teams to create templates and prototypes the practical work also included reviewing interview questions or assisting a team when conducting a patient council for the first time.

The practical work also involved preparing for material for workshops or the project phases, such as templates for methods, diaries or helping them document their work.

Coaching

The biggest effort was to coach the teams and providing them with insight, knowledge and tools on how to conduct their design work. This was prioritized since the teams were responsible for conducting the actual design work and therefore it was very important to provide them with the right conditions and opportunities to learn about design, how to gather data about patient experiences and create concepts based on their insights from interacting with patients.

The coaching focused on three areas for the teams.

- Planning and conducting seminars and workshops where the teams either tested different tools or the workshops focusing on a specific phase in the design process such as prototyping. In each workshop the teams were given material and tools to support their work.
- In workshops and during weekly project meetings the expert also gave advise to the teams on how to conduct user research or validate their assumptions and ideas.
- The expert also created different templates for the team to use when formulating their challenge or document and describe their idea. One such template was the idea-template which all teams had to use to document their concept and idea. The intention behind these templates was also to force the teams to make decisions about what challenge to work with or what their idea was about. This also provided the PMT an idea of how each team performed and which team needed extra assistance.

Part of the coaching also involved giving critique of the teams' insights and concepts in order make them more inquisitive and analytic of the patients input. And also, not letting the teams be satisfied with their first ideas, but search even further for the ideas that can really make a change.

5.3. Patient involvement

The project involved patients in several ways. In the PMT work patients was not able to be represented due to administrative and legal barriers, such as budget for and hiring a patient to be a patient is something that has never been done before in Sörmland. However, the PMT utilized patient representatives and strong patient advocates such as Sara Riggare to discuss observations, obstacles and more strategic questions regarding developing person-centered healthcare services.

The PMT tried to motivate the teams to involve patients by arrange for patients and/or representatives to be present during all seminars and workshops. To inspire the teams and make them understand the value of utilizing patients own resources Sara Riggare was invited to give presentations for the teams on her view of how healthcare should work with patients.

During the project all teams involved patients in their work more or less. All of them interacted with patients to build understanding about their challenge using interviews,

surveys or other passive involvement of patients since they did not create much of a relationship with the patients. More direct involvement of patients happened through the use patient councils or other type of events. Primarily these activities focused on validating insights, explore early ideas and not the creation of ideas and concepts. For the teams that focused on these types of direct involvement of patients enabled them to build a type of relationships with patients which also created understanding and empathy for the patient’s needs, values and possibilities.

In total 121 patients were involved in the project and representatives from patient unions and lead user-patients (Table 5.3-1).

Table 5.3-1. Number of involved patients per activity.

PATIENT INVOLVEMENT ACTIVITIES	NUMBER OF PATIENTS
PATIENT COUNCILS	35
SURVEYS	22
FEEDBACK BOX	19
INFORMATION MEETING	10
OPEN HOUSE	10
INTERVIEWS	8
COOKING CLASS	7
SEMINARS	4
FILM WORKSHOP	4
DIARIES	2
TOTAL	121

5.4. Enabling factors

What made the teams successful in the project were due to several factors that were identified through discussions and reflections within the project management team during the project. The factors are:

- Cross disciplinary collaboration
- Change in mindset
- Management support
- External collaboration
- The teams becoming their own designers
- Patient involvement
- Intra or entrepreneurial mindset

Cross disciplinary collaboration

The value of involving different disciplines in development work is commonly known today. In this project it was no difference. By having teams that represented almost all professions at a primary care center, the ideas and concept that were developed had more depth and they understood the concepts value from all different professions perspective which increases the chance of successful implementation after the project. But to involve different disciplines is not easy, which is why this is also one of the identified barriers.

It was especially evident in Fröslunda. The team struggled to find ways to collaborate with their team member who was a doctor at the primary care center. It took more than half the project before they succeeded. It was during the prototyping workshop it happened. The team started ideating and the doctor became more and more active in the discussion and took shared ownership of their result. Later after the workshop the doctor were tasked with making the illustrations for their prototype all of the sudden more ideas about the concept were discussed within the team and the PMT experienced a more energized team than before which was evidenced by how detailed oriented, they became about their concept and prototype.

Change in mindset

In the final report (Appendix 5) by the PMT to the steering group it was indicated that the teams received a greater understanding of what it means to deliver person-centered care and the value of co-creating with patients. The report indicates that they after the project tries to collaborate more with the patient in care delivery than before. The data in the final report was not enough to allow for accurate analysis. But it suggests that the teams mindset also shifted towards person centered care but it how much is not possible to say. The two following citations from the team's individual reports to PMT does indicates greater understanding of person-centered care.

“The biggest lesson of talking with patients is that it often exist a tendency within healthcare to believe to know what patients wants. During conversations it often reveals completely other different things. It might be about small things, but things that could have a great impact on the patients experience of the treatment. “ (Appendix 5)

“To invite to dialoge and cooperation might be frieghtening as staff. “We can not have patients start to making and controlling all decisions, how would it look like if everyone got as they wanted?” During the work with person centered care we have been strengthen in our perception that when a person is listened to with respect, that person is empowered and more creative. The time we have set aside for listening to our patients has been well worth the effort. In fact, it may feel embarrassing that we haven't started implementing person centered care in Swedish healthcare sooner. “ (Appendix 5)

Management support

Primary care centers today are under high pressure from upper management to reduce waiting times for doctors and making sure they keep the costs down, maintaining staff and that they are manned properly. Therefore, a strong leadership and foresight is required by the managers at the primary care centers to make sure their staff can be involved in development work. The teams that had a manager that understood this were less effected by the pressure of day to day work at the clinics and could use the space in their calendar to work with their tasks. For those PCC:s where the management had more difficulty providing the support for teams Linda and Hanna in the PMT had a continuous dialog with managers to prevent them from interfering with the teams work.

External collaboration

One of the most important success factors that was identified was the involvement of external actors in the project. It provided the project management team with credibility when the teams did activities, they were unaccustomed to, or educating about how patients roles in healthcare need to change. It also made the design experts role easier when educating about design methods when professors such as e.g. Stefan Holmlid talked about his research and what they did with students in Linköping University. This removed much of the resistance regarding the approach of the project and motivation behind it from the participants.

The teams becoming their own designers

This factor is one of the more important. In this project it was decided from the start that the teams themselves would be the ones doing the design work. The motivation behind this was that they needed to learn and experience by doing, and if educated designers did the work the teams would not truly experience and thus understand what it meant by involving patients and designing person centered healthcare services. This decision by the PMT proved to be one of the most important factors in regard to the teams work and result. Even though the person centeredness of their tangible result can be discussed, what happened with the mindset and views on person centered care with in the project participants was the most important value of the project. By allowing and sometimes forcing the participants to do the work themselves made them own the process, result and it also makes it easier to enter implementation phase since they know what the concept is about, and no external party tries to force it on them.

Patient involvement

That the teams involved patients was a requirement by the project management team. Since most teams was new to this not all were comfortable and, in some cases, even afraid to involve patients. However, when they involved patients it often surprised them. The story's told by the patients became powerful and provided them not only with insights in regard to their challenge and concepts but also gave them energy and empathy for the patients they were trying to improve their services for.

Intra or entrepreneurial mindset

Having an intra or entrepreneurial mindset is definitely an advantage when working with this type development work. A clear indicator of this is team leader of the team from Linden. Her past experience of starting and running a restaurant became very beneficial to her and her team. Her experience as an entrepreneur was very valuable for the team as the team through her quickly understood the approach of the project and importance of involving patients in the process.

As an entrepreneur you understand the value of finding partners both within and outside your organization to explore ideas. This is evidenced by Linden being the only team in the project that searched for external collaborators to explore their concept concerning the health café.

The team also had previous experiences in in arranging different activities continuously within the primary care center which made them comfortable with engaging with patients to discuss their framed challenge. Maria was also the mastermind behind these previous activities.

Maria also had good support from her team and the management at the Primary Care Center. They didn't prevent her from elaborate on her ideas. Even when the working situation at the primary care center became unmanageable. The following quote is very powerful evidence of what it could mean for an individual who is empowered to improve his or her situation.

"This (the project) gives me the oxygen I need to continue working".

- Maria Björkman, Team leader, Linden.

5.5. Inhibiting factors

During the project several barriers and obstacles were identified that impacted the team's ability to work with the project and develop more person-centered healthcare services. These inhibiting factors are:

- *Pre-requisites to work with development of services*
 - Time
 - Work environment
 - Culture
 - Continuity
- *Working design-based*
 - Defining their design challenge
 - Collecting data
 - Presenting the concepts
- *Lack of skill and confidence*
 - Using digital tools
 - Confidence and resilience

5.5.1. Pre-requisites to work with development of services

To be able to conduct development work you need proper conditions for doing so otherwise these conditions will limit your and your team's ability to create the impact you are envisioning. The factors that the PMT saw that negatively impacted the team's conditions were as follows.

Time

It was hard for many of the teams to find time to work with the project since all of the team members worked on the front lines of service. Many participants voiced concern about the dilemma and pressure of having to choose between helping patients and working with the project. Due to this team members were alone several times in the project having to do most of the work by themselves.

Work environment

During the summer of 2016 most of the nurses resigned in protest of their working situation at Linden Primary Care Center. This left the primary care center in chaos. The team leader who was one of the few who remained had all of a sudden a much higher work load and worsening working situation. Even though the situation at the Primary care center was dire, being a part of the project enabled her to find energy and strength to stay behind and continue on but it also created a risk of her being burned out and forcing her to leave the project.

Culture

Cross-disciplinary teamwork was not easy. Not all different professions understood the value working together and collaborating on finding new ways to offer care to their patients. Hardest for the teams was to involve medical doctors in their work.

Continuity

Continuity in the team was also critical. In one team the team leader left for a new position at another primary care center, which for her was a great opportunity. However, this left the team rather motionless and they had trouble finding documents of their work and rearrange themselves to continue their work. This greatly impacted the teams process and reduced the knowledge and experience they collectively shared.

5.5.2. Working design-based

For all teams except Skiftinge, this was the first time they experienced what design is and to use it themselves. However, all teams were more or less new beginners and as such they all had trouble understanding certain crucial aspects of working design based. This is of course is part of learning and efforts were made to mitigate the impact this had on their work. However, some barriers still occurred.

Defining their design challenge

All teams had trouble understanding why and investing time into defining their design challenge and also redefining it after their initial research. A good design challenge is clear, communicative, identifies your target group and indicates what type of impact you want to achieve. It also has to evolve and be narrower and clearer when going into the phase of ideation and prototyping. The teams struggled with this and ended up with quite unspecific challenges and no team despite instructions and guidance redefined their challenge before going into ideation and prototyping. Since a properly formulated design challenge will help you in defining your research, and help you defining your limitations on what to research, this created problems for the teams to get started with their research and later on create ideas and prototypes. It also complicated the coaching for the project management team since it took long discussions with the teams to understand what they wanted to achieve and how to support them.

Collecting data

All teams had trouble getting enough of information to actually be able to conduct a proper analysis. It takes time and much effort to collect usable and qualitative data about patients experiences and needs. As time was another factor that inhibited the teams this became a complicated issue for the teams to overcome. The solution came from the PMT who decided to provide data from previous project Chronically Engaged 1.0 to see if it could add value in the teams analysis. This was not the most optimal solution since when you are part of collecting that data you also build empathy and deep understanding about the users which becomes harder when you use data that someone else has collected.

Presenting the concepts

Almost all teams lacked skills in how to visualize and present their ideas and concepts. They were capable of creating simple visualizations during the prototype workshop when provided tools and materials for that purpose. However, when a more high-quality concept representation was needed the design expert needed to assist. This is of course not strange since their real profession does not require this skill compared to the designer's profession. But since in this project they became designers the ability to present an idea visually and pedagogically was needed in order to for the teams to proceed to test and implement their different concepts.

5.5.3. Lack of skill and confidence

During the project it became evident that several team members lacked certain basic practical skills and experience for working with development projects. This was not thought of as being something needed to be addressed when setting up the teams since the project had support from the design expert and the intent of CE2.0 was to let the participants themselves become the designers and learn by doing. Even so lack of certain skills and or experiences did inhibit certain teams in their work.

Using digital tools

Several team members lacked the ability to use basic digital tools such as power point or other easy to use tools. Not all of them even had access to digital tools. This becomes an obstacle because in order conduct development work a team needs to be able to document their work, present it and communicate their result within the team, project and to different stakeholders. In this case the design expert was able to assist the teams lacking the necessary skills in most cases.

Confidence and resilience

During the project it became obvious that the teams with confidence and resilience had it much easier to participate in the project. Working with development requires that you believe you can do this even when it becomes hard and setbacks occur, which is common when working with development. In this project it is not possible to describe where this confidence originated from since teams in the project with no experience showed both confidence and lack of confidence and the teams with experience showed confidence and lack of confidence. However, the teams with confidence appeared to achieve much more which makes this a relevant obstacle to be aware of when creating development teams.

5.6. Guidebook for designing person centered healthcare services

At the end of the project a guidebook was created to allow future healthcare professionals given similar challenge to learn from the experiences of CE2.0.

5.6.1. Background to guidebook

The project management team (PMT) learnt very much during the project about how to coach and empower teams to conduct this type of project and development work. There was also much materials such as templates and instructions created in the project to help the teams in their work and the PMT wanted to gather this in a usable way to make it usable for future projects. Therefore, the idea of creating a guidebook for future teams and project leaders was born. The book was created by the design expert with the aid of the rest of PMT who reviewed the texts and language used on the guidebook.

5.6.2. The purpose of the guidebook

The book was designed with the intent of supporting its readers and users with all aspects of conducting a development project with the aim of establish a person-centered healthcare. It incorporates the experiences and material from CE2.0 to provide users with easy to use information on creating and leading such a project. It also provides instructions and templates for different available methods that can be useful and reduce risk and uncertainty.

5.6.3. Who is the guide book for?

The intended users of the guidebook are healthcare staff working either with management development or on the front line of the healthcare service. Individuals similar to the participants in the team. Based on the experience and insights gained in the project the characteristics of a typical user of the guidebook are as follows:

- Unaccustomed to develop new services/organizations with an outside in perspective
- Unaccustomed to be given power to actively work to improve their organization.
- Unaccustomed to involve and engage patients in the development process
- Dealing with complex challenges where uncertainty is high, and no best practice is available
- More afraid of doing something wrong rather than doing something right.
- Governed by a goods dominant logic
- Limited by time and resources

5.6.4. The design of the guidebook

The design of the guidebook was conducted by the design expert with the aid of the rest of the project management group.

Design principles

The design of the guidebook was based on the following five design principles:

- 1 Usable for individuals with low digital knowledge, skill and experience**
- 2 Editable with software existing within healthcare organizations accessible for different healthcare professionals both in clinical and administrative departments.**
- 3 Language must be understandable for people new to the domain of designing services and person-centered care.**
- 4 Inspiring and empowering**
- 5 Open source, users should be able to add their own experiences and their methods and tools to the book.**

These principles are based on reflections and discussions within the project management group and was the basis for the design of the guidebook.

Creation of guidebook

For maximum usability and edibility the guidebook was created primarily in Microsoft PowerPoint. It is not the best graphic design software, but it is a software that is accessible for most staff within healthcare. Also since there is a high probability that users who lack skill using PowerPoint will have access to individuals with the necessary skill in their proximity. The illustrations that are not created within PowerPoint was either designed in other softwares or downloaded with a free license from websites such as Flaticon.

All texts were written in Swedish as simple as possible without losing the meaning of the text and context. Swedish was chosen because it is the dominant language in Swedish healthcare among professionals. The texts concerning the development model, methods and tools was written by the design expert with the aid of the project leaders of CE 2.0. They helped with reviewing the text to make sure they adhered to the 3rd design principle and provided texts concerning person centered care which they were experts at.

Since the design of guidebook was financed by county council of Sörmland it needed to adhere the graphical profile of the county council. However, through discussion in the PMT it was decided to use the county councils profile as little as possible since its profile and PowerPoint templates didn't allow for very much creative space or space for content. It would also only inhibit the dissemination of the guide to other county councils and healthcare professionals. It would be negative if for other users if they would experience that the guide was only for the county council of Sörmland and not them.

The guidebook is also intended to be an open source resource, meaning that any individual or organization should be able to use and further develop the guidebook.

The final version of the guidebook can be found in appendix 6.

5.6.5. Intended use of the guidebook

The guidebook is supposed to be used as a guide and provide ideas when planning and conducting a development project focusing on creating better person-centered healthcare services. It is also supposed to be viewed as an evolving material since its user is encouraged to include his or her own experiences, tools and materials from the projects he or she are involved in.

5.6.6. Content of guidebook

The guidebook is divided into five sections following the process introduced in this project. As such only how it works, the overall sections and what they contain will be described here.

The sections are:

- Introduction
- Before you start
- Data collection and analysis
- Ideation and prototyping
- Implementation
- For further studies
- Templates

Each section starts with a short introduction to the section and contains a list of the sections topics.

Introduction

This section introduces the user to the guidebook. It explain how the guidebook works and what it contains. The section also introduces the user to the different theories and the development model that the book builds upon. These theories were also the foundation of the project. The model built upon the process of the project.

The following sections builds upon the different phases of the development model described In this section.

Before you start

This section focuses on providing the user with advice and instructions on how to create good conditions for a development project. In the section the book goes through the topics of:

- Create the team
- Equipment, materials and work space
- Funding
- Internal stakeholders
- External stakeholders
- How to write your design challenge
- Impact logic
- Risk management
- Communication
- Legal

If the user manages to follow the advice and do the exercises in this section they will be able to create good project conditions which will increase the success of the project.

Data collection and analysis

In order to develop new services you need data about the users and stakeholders for that service. This section deals with how to collect and analyze data about patients experiences, their needs and other relevant data concerning your design challenge and suggest methods for collecting data, analyze data and visualize findings.

The section contains the following topics:

- Data collection and analysis (Introduction)
- Plan your data collection
- Observations
- Diary
- Interviews
- Patient council
- Empathy tools
- Analysis
- Persona
- Customer/Patient journey
- Desktop walkthrough

Ideation and prototyping

This section focuses on the ideation and prototyping phase of a development project. In the section the user is given example of how to conduct a ideation workshop.

This section contains the following topics:

- Ideation (introduction)
- Example on ideation exercise
- Brainstorming
- Perspective cards
- Pick five ideas
- Evaluation matrixes
- Idea canvas
- Prototypes

Implementation

This section helps the user understand how to implement a developed concept. It helps the user with identifying the barriers to overcome when trying to implement the concept in the organization.

- Implementation (introduction)
- Service blueprint
- Road map
- Funding

Communication

As communication is important to keep project participants and stakeholders, both internally and externally, informed and empowered during the project the user needs to understand how to achieve this depending on his or her resources. Therefore, the guide included a section about this giving the user a brief introduction into why and how and giving tips on how to find support and tools.

The section suggests tools that are both free and have different costs. If the project leader want to use a tool which cost he or she should seek advice from the organizations communication department what they think would fit the projects purpose due to the public procurement law. As a project leader you should also find ways to use the communication department to help you communicate about the project.

The tools that the guide suggest are e.g. Google sites, facebook secret groups, medium, slack and the use of film.

Legal aspects

This section gives the user advice on what legal documents they need to have in order to conduct their project. Legal documents such as consent forms for collecting and use patient data or, if they have different actors involved in the project or how to deal with intellectual property created within the project.

For further studies

The guidebook does not contain all information and knowledge about how to develop healthcare services and manage a development project. If it did it would be very hard to use and thus counterproductive of its purpose. However, as the guide book is limited in its depth of knowledge and tools, to satisfy a curious user of learning more a sections was created that linked to other resources and important documents that might be of interest. The section also contains information about different actors in Sweden (e.g. RISE Service Labs and Experio lab) that can also coach the user during a project if need should arise.

The topics of this section is:

- For furthers studies
- Actors

Templates

Many of the methods and tools described in the guidebook have templates that the user can use in his or her own work. These templates are located in this section of the guidebook. As mention before each method or tool that has a template are linked to the correct template.

In total, there are 20 templates to be used or inspired by for the user.

5.6.7. Comparison with other books and toolkits in regard to designing services

To show how this guidebook compares to other similar books and toolkits a comparison was made.

This guidebook tries to be differentiated by focusing on all aspects of conducting a development project within healthcare, from financing the project, setting up the team and how to practically conduct the project with a designerly approach. It is not a guidebook for design, it is a book for designing person-centered healthcare services

There is no shortage of different toolkits, books or templates for different design methods and tools. These books and websites are some of the examples:

- This is service design thinking (Schneider & Stickdorn, 2011)
- This is service design doing (Stickdorn, Hormess, Lawrence, & Schneider, 2018)
- Design for care : innovating health care experience (Jones, 2013)
- <https://toolbox.hyperisland.com/>
- <http://www.designkit.org/methods>
- <http://www.servicedesigntools.org/>
- <https://methodkit.com/shop/methodkit-for-service-design/>

There are also educational services focusing on the design of welfare services such as the previously mentioned Innovationsguiden by SKL. They offer methods, tools and coaching support for teams within public-sector all over Sweden who wants to explore how to develop their organisations and discover new ways of supporting their users. They have supported more than 130 teams during the last years (Tunheden, 2019).

Beyond that you have all design agencies and other consultancies that offer educational workshops, service design projects and other services.

This guide is not intended to compete with these sources of insight, knowledge, experience and inspirations of how to conduct service design or design thinking projects within private or public organizations. These toolkits, books and organizations are much more specialized and depth in their content than what this guide book contains. However, this guidebook attempts to make it more accessible for unexperienced users to attempt to conduct a development project which aims to design person-centered healthcare services. It aims to lower the thresholds for individuals to conduct this type of project and make them aware of what they need to be aware of to conduct it successfully and empower them to take the steps towards initiating their own projects.

6. Discussion

In this chapter the teams work and the developed guidebook in CE2.0 will be discussed. In particular the teams' work and result will be reflected upon and the creation and relevance of the guidebook for future users.

6.1. The teams work and result

As mentioned, in CE2.0, the teams had to become their own designers, learning by doing when designing person centered care services for chronically ill. They also had to conduct their development work parallel to their ordinary work at the PCC:s which limited their ability to focus on the project. Given these conditions, the teams managed to create tangible results and work designerly on their own, with the assistance of the PMT and design expert. In this section the teams result will be discussed and what impacted that result.

6.1.1. Did the teams create more person-centered healthcare services?

By a first glance at the prototypes of the different teams concept only Lindens health café concept appears to indicate a more person-centered approach to deliver healthcare for chronically ill. In order to discuss how each team's result represents a transition towards a person-centered healthcare Table 3.2-2 will be used as a framework. However, since the framework is an early and unvalidated concept and not developed for this type of purpose the evaluation of the teams results and thus will not be able to offer an objectively made measure of their shift toward person-centered healthcare.

Table 6.1.1-1. Table illustrating each team transition towards a service dominant logic and person-centered healthcare based on Table 3.2-2.

	Goods dominant logic				vs.	Service dominant logic				
	LINDEN	FRÖSLUNDA	BAGAREGATAN	SKIFTINGE		LINDEN	FRÖSLUNDA	BAGAREGATAN	SKIFTINGE	
Transactional			X		Relation to patient	X	X		X	Relational
Patient as receiver		X	X		Patients role	X			X	Patient as participant
Performance	X	X	X	X	Measurement					Outcome
External motivation			X	X	Motivation	X	X			Internal motivation
Reactive		X		X	Solution	X		X		Proactive

Linden

Lindens concepts aims at increasing patients own capabilities and empowering them to change to and maintain healthier lifestyles. This change indicates that they started to view patients as collaborators with their own resources which indicates a shift towards a relational relationship and trying to create internal motivation and becoming more proactively towards the patients' diabetes development.

Fröslunda

Fröslunda's concept aims to not only create individual treatment program based on their own preferences and capabilities, it also forces the professionals at the PCC to collaborate and form a team whose mission is to support patients with hypertension as a team rather than individual functions. This indicates a shift towards both a relational relation with the patients but also in the internal relationships at the PCC by better understand how different

professions can act as a unit around each patient. Improving the internal relationships within the PCC is also important in order to implement a person-centered healthcare service. Their concept also is meant to increasing the understanding and motivation to change patient habits and live-style. This is in line with creating internal motivation.

Bagaregatan

Bagaregatan's concept primarily focuses on increasing the efficiency of diagnosing COPD and educating patients what COPD means for their future life.

The concept has some tendencies of person-centered care since it aims to increase the ability to early detect and simplify the process for patients from being diagnosed to understanding their disease and make them aware of all options that exist for them in terms of care and change in lifestyle. As such, it suggests a more proactive approach due to identifying the disease quicker through early detection enables the PCC to help patients prevent further development of symptoms that would seriously affect the patient's quality of life.

That it is unclear if the concept is representing a more person-centered service is due to Bagaregatan having most trouble understanding how to incorporate person centered care in their ideas and concept. It was hard for the team to see the value of it and they were afraid to involve patients because they feared they would be angry and not constructive in their criticism. It required much support and coaching from the PMT to empower the team and to make them understand how to make their concept more person centered.

Skiftinge

Since there is not much information about Skiftinge due to previous mentioned reasons it is unclear how their concepts are meant to lead to a more person-centered care for diabetes patients. Their more tangible result, the diabetes guide, does indicate a more pedagogic dialog with patients in regard to the development of their diabetes. This indicate a more relational relationship and making patient more participatory. However, to implement this guide does not require much change from current service and it is still very performance focused since they build the dialog by measuring the level of Hb1aC. Measuring Hb1aC is very important from a medical perspective, but it is a measure of the patient's performance of living of diabetes type 2.

This reflection indicates that all teams has made incremental shifts towards a more person-centered care using Table 3.2-2 as a guiding framework for reflection. No team presented a concept that could be argued is a complete shift on all levels as illustrated in Table 6.1.1-1. As such the teams made little difference in creating more person-centered care services. However, if the change in mindset that occurred is included in the teams result a larger shift towards a more person-centered care could be speculated, but not possible to validate. But it needs to be included in the conclusion since the teams' result is not only the concepts but also their own personal development of skill and understanding of what person-centered care is and how to deliver it. However, if their personal development as indicated by the evaluations in the final report (appendix 5) their transition might be larger than what their results suggests and more studies is required to understand how large.

6.1.2. The influence of PMT, design expert and patients on the teams' result

This sections discusses the influence of PMT, design expert and involved patients on the team's work and result.

The role of PMT and design expert

The role of the PMT and design expert was to improve the teams' conditions, provide materials, tools and support in order to make it as easy for the teams to understand and conduct their design work individually as much as possible. Practical support was provided only when needed and otherwise the teams were coached when they conducted their individual work. As such, the influence of the PMT and design expert on the teams' results is rather limited since the teams made their design decisions individually without direct involvement from either the PMT or design expert.

However, through the support and coaching by PMT and design expert the teams views and mindsets concerning person centered care and the value of patient involvement was changed by reviewing the final report of the CE2.0. The teams' mindset has changed and understand the value of person-centered care more than before. This result is a direct cause of the PMT and design experts work.

Involvement of patients

Compared to PMT and design expert, the involvement of patients had much greater influence on the teams results.

The teams having or created close relationships with patients were able to build deeper understanding concerning the patients expectations, experiences and needs and also explore ideas with them very early on in the project (health café or diabetes guide). Having close relationships with patients also mitigated the impact of the general challenge in the project of collecting more objective and subjective data from patients through either interviews, surveys or even patient councils. This is evidenced through e.g. Linden who was the team that created multiple concepts and the more transformative concept which indicated a larger shift towards person centered care, the health cafe. They were the team that succeeded most in use and create relationships with patients during the project.

Since the data from interviewing patients or from sending out surveys was overall limited and most patients responded very positively, it became difficult for the teams when exploring how to become more person centered. The expressed frustration by Marie Landeblad at Bagaregatan illustrates this:

They (the patients) only respond that they are satisfied, how can I then find something to change? – Marie Landeblad at Bagaregatan PCC

Since most teams had difficulty of finding time to collect different type of data about patient experiences it was even harder for them to dig deeper and iterate the gathering of data to find more insights that would help them understand what the patient's needs and expectations are. As such it is possible to argue that the teams that were successful in having and create closer relationship with the patients were able to mitigate the impact of the data

collection challenge and thus still manage to build deep insights and empathy for the needs of the patients and what could create value.

Involving patients also allowed the teams to discover new perspectives on how they deliver services and which in turn created innovative ideas. Example of this was the combination of a quote from a young patient and the personal interest of Maria of healthy diets that triggered the idea of the health café which was the concept that was the more radical concept of person-centered care that emerged in the project. This can be considered an indicator of the value and influence a patient can have even when it is just something simple as a quote.

For the teams that feared that patients were unsatisfied and mistrusted them, involving patients also became a positive experience that strengthened their self-confidence when e.g. receiving applause after conducting a patient council meeting.

6.2. The identified success and inhibiting factors of the teams' work

It has not been possible to research how success and inhibiting factors impacting a project trying to create a e.g. shift in value creation and relationship with the customer (in this case, patient) are unique or common in development projects. As such their significance needs to be further investigated. Especially in the context of person-centered care, organizational change and service design.

However, by identifying these factors, they can serve as early insights to be iterated and validated in a designerly way by future design experts stepping aside as designers and becoming coaches for front line service staff being empowered to redesign their own service delivery.

The identified factors can serve as guidance and reminders of what coaching these individuals might involve and what they may experience and encounter during the project.

Since the design of the guidebook integrates these factors should allow future project managers and healthcare professionals designing healthcare services to mitigate the impact of inhibiting factors and utilize the success factors.

6.3. The creation and potential of the guidebook

The guidebook was created based on the insights of the different barriers and success factors identified in CE2.0. It also makes the tools and templates made and used in the project accessible to future projects trying to create more person-centered healthcare services. It is created in Microsoft PowerPoint which is a software accessible for most potential users in healthcare sector and allows them to further develop the guide based on their experiences and knowledge, creating the condition of its future development to become crowd-sourced.

The insights behind the guides design principles come from a project where new beginners of both person-centered care and design became empowered to become designers during the project. The insights are therefore from a real-world application of the knowledge, tools

and templates contained in this guide. Therefore it should meet the needs of future users with the same experience as the participants in CE2.0, novices of person-centered care and designing person-centered healthcare services.

It is also designed with the purpose of not to tell someone how, but instead provide guidance and show possibilities for users designing a person-centered healthcare service. By creating it in Microsoft Power Point and with the intent to be an open source material it allows future users and other individuals experienced in developing person-centered healthcare services to further develop it. This would validate the value of its content and usefulness through crowd-sourcing and increase the value over time.

The guidebook is not meant to compete with other books or toolkits, but rather lower the threshold and make conducting a development project aiming to design person-centered healthcare service more accessible. Also, not many other similar collections of tools and methods focus on the entire process of creating, financing, conducting and completing a project with a designerly approach. Even fewer if any also target novice users about to design person-centered healthcare services. This approach should make it stand out against other sources. Since it is also supposed to be open source and the user who decides how to utilize it, it can easily be used and should in combination with other sources to increase quality and impact of the project.

In a way, the guidebook aims to democratize who is capable of conducting a development project within a healthcare organization. It should not be just the business developer, department manager or the designers who own the ability and power to develop new person-centered healthcare services. This ability or power should also belong to other individuals within the organization.

Since the guidebook has not been publicized or tested its potential is unconfirmed. The next step for the guidebook's development is that it needs to be made available, tested and reviewed by other individuals engaged in developing healthcare services. Since the project CE2.0 is completed there are no existing resources for support after publicizing the guidebook. Due to this it needs to be publicized on a platform that does not require any administrative resources or technical support. Questions that are unanswered concerning its development and release is:

- How can it be tested to understand its value for future users?
- How should it be made public in order for it to be known and accessible by its intended users without the need for technical support?
- How can users share their versions and experiences of the guidebook to current and new users?

7. Conclusion

These are the conclusions of reviewing the work of four teams with healthcare professionals that are challenged under the coaching and support of a PMT with a design expert to design person centered healthcare services for chronically ill.

The teams created concepts of person-centered healthcare services which are incremental and unproven.

By reviewing the concept all teams have made different levels of incremental shifts towards a more person-centered healthcare services and some shows potential. Only by including the change in mindset that occurred a larger transition towards a more person-centered care could be argued but requires further studies. Also, the real change mindset in the individuals who participated in the project and the real impact the developed concepts can only be known if the concepts are implemented and scaled up within the county council, which was not part of the project CE2.0.

PMT and the design expert influence is limited to change in mindset

The influence of the PMT and design expert on the team's results is rather limited since the teams made their design decisions individually without direct involvement from either the PMT or design expert.

Biggest influence was on the change in mindset that occurred through the process and activities orchestrated by the PMT and design expert as indicated by the final report by PMT (appendix 5)

Patient involvement creates insights, empathy and influences ideas

In the project the activities that created greatest impact were the activities that allowed the teams to create a closer relationship with the patients which also reduced the challenge of collecting data about patients' experiences and needs that occurred in the project. By involving patients something simple as a quote could inspire to new insights and ideas that could radically change how to deliver a service. Involving patients not only created better insight into the needs of the patients and what could create value, it also strengthens their self-confidence and empowered them in their ordinary work.

The identified success and inhibiting factors of the teams' work

The success and inhibiting factors are identified but their significance in term of project outcome and commonality requires further investigation. However, by identifying them they can serve as early insights and guidance for future design managers, experts who attempt to coach service staff in designing new services in healthcare settings. They can also be mitigated by using guidebook which takes these factors into consideration when managing a project aiming to design person-centered healthcare services.

The guidebook has unproven potential

The guidebook intent is to support users from the start to the completion of a project focusing on design of person-centered healthcare services. It aims to be open source, be used in combination with other toolkits and empowers users to review and build upon its content, making it their own guide. Its current content builds upon insights collected from project participants of just the type of project it is intended for. This indicates that it should provide value for users engaged in similar projects. Compared to similar toolkits, books and other sources and services it appears to be unique because it supports the novice user from setting up a project to completing it which few, if any, other sources try to do with focus on the design of personcentered healthcare services. What is more is that the guidebook also tries to democratize who is allowed to conduct development projects within healthcare, allowing more professions to initiate and conduct development projects.

However, since it has not been tested in its current design it needs to be publicized, tested and reviewed by other individuals engaged in developing healthcare services. The recommended next steps are to test it to validate its value and publicize it to allow access for future users using a platform that requires little if no support and allows for users to share their versions and experiences to current and future users.

8. References

- Bisognano, M., & Schummers, D. (2014). Flipping healthcare: an essay by Maureen Bisognano and Dan Schummers. *BMJ*, 349.
- Centre for person centred care. (2017). *Person-centred Care*. Hämtat från <https://gpcc.gu.se/english/about-gpcc/person---centred-care> den 25 september 2018.
- Edman, K. W. (2009). Exploring Overlaps and Differences in Service Dominant Logic and Design Thinking. (p. 12). Linköping: Linköping University Electronic Press; Linköpings universitet.
- ehälsa2025. (2017). *ehälsa2025*. Hämtat från <https://ehalsa2025.se/> den 27 september 2018
- Engström, J. (2014). Patient involvement and service innovation in healthcare. Linköping: Linköping University.
- Fjord. (2015). *Liquid expectations*. Hämtad 25 september, 2018, från <https://www.fjordnet.com/conversations/liquid-expectations/>
- Forum för välfärd. (den 29 06 2015). Hämtat från www.forumforvalfard.se: <http://www.forumforvalfard.se/nyheter/forum-valfard-publicerar-tva-rapporter-om-prevention-och-integrerad-varld>
- Fransson, M., & Qvist, J. (2014). Tjänstelogik för offentlig förvaltning : en bok för förnyelsebyråkrater (1 uppl.). Stockholm: Liber.
- GPCC - Centre for person centred care. (2017). Hämtat från <http://gpcc.gu.se/english/about-gpcc/person---centred-care>, 1 Augusti 2018
- IDEO.org. (2014). *Designkit*. Hämtat 25 september 2018, från <http://www.designkit.org/methods>.
- Innovationsguiden). *Innovationsguiden*. Hämtat från Innovationsguiden: <http://innovationsguiden.se/> den 29 september 2018
- Jones, P. H. (2013). Design for care : innovating health care experience. Rosenfeld Media.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The Action Research Planner*. Springer.
- Lynn Shostack, G. (1982). How to Design a Service. *European Journal of Marketing*, 16(1), 49–63. <https://doi.org/10.1108/EUM00000000004799>
- Matthing, J., Sandén, B., & Edvardsson, B. (2004). New Service Development: Learning from and with Customers . *International Journal of Service Industry Management*, 15, 479-498.
- Oliviera, P., Canhão, H., Von Hippel, E., & Zejnilovic, L. (2015). Innovation by patients with rare diseases and chronic needs. *Orphanet Journal of Rare Diseases*(10:41).
- Riksdagskansliet. (den 05 02 2014). *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar*. Hämtat från www.riksdagskansliet.se: <https://www.regeringen.se/rapporter/2014/02/s2014.005/>
- Schneider, J., & Stickdorn, M. (2011). *This is service design thinking*. John Wiley & Sons, Inc.
- Shostack, G. L. (n.d.). *Designing services that deliver*. Retrieved from <http://content.ebscohost.com.proxy.lib.chalmers.se/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=3921582&S=R&D=buh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeqa44wtvhOLCmr1CepvSrqe4SraWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGpt0mvr7VRuePfgex44Dt6fIA>
- SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 3 januari, 2019, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- Socialstyrelsen. (2017). *Publikationer/Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*. Hämtat från www.socialstyrelsen.se: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-29>

Stickdorn, M., Hormess, M., Lawrence, A., & Schneider, J. (2018). *This is service design doing* (2nd uppl.). Canada: O'reilly Media, Inc.

Sveriges Kommuner och Landsting. (den 27 11 2018). *Samhällstrender inom välfärdssektorn*. Hämtat från www.skl.se:
<https://skl.se/arbetsgivarekollektivavtal/sverigesviktigastejobb/samhallstrenderinomvalfardssektorn.13350.html>

The health foundation. (2016). *Person-centred care made simple*. Hämtat från <https://www.health.org.uk/sites/health/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf> den 25 09 2018

The National Board of Health and Welfare. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72> den 27 09 2018

The National Board of Health and Welfare. (den 22 03 2016). *En mer tillgänglig och patientcentrerad vård*. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20115/2016-3-22.pdf> den 25 09 2018

Tunheden, S. (den 18 02 2019). *LinkedIn*. Hämtat från Sara Tunheden LinkedIn Profile page: <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:6397707769134276608>

Utbildningsdepartementet. (2012). *Forskning och innovation, Proposition 2012/13:30*. Regeringskansliet.

Utbildningsdepartementet. (den 28 09 2016). *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft. Prop. 2016/17:50*. Jones, P. H. (2013). *Design for care : innovating health care experience*. Rosenfeld Media.


Lynn Shostack, G. (1982). How to Design a Service. *European Journal of Marketing*, 16(1), 49–63. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004799>

Shostack, G. L. (n.d.). *Designing services that deliver*. Retrieved from <http://content.ebscohost.com.proxy.lib.chalmers.se/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=3921582&S=R&D=buh&EbscoContent=dGJyMNHr7ESeqa44wtvhOLCmr1CeprVSrqe4SraWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGpt0mvr7VRuePfgeyx44Dt6fIA>

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*. <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2016). Institutions and axioms: an extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 44(1), 5–23. <https://doi.org/10.1007/s11747-015-0456-3>

Wikberg Nilsson, Å., Törnlin, P., & Ericsson, Å. (2015). *Design: Process och metod*. Lund: Studentlitteratur.



Framtidens hälsocafé

I arbetet med att förstå diabetespatienters behov framkom det tidigt att en stor utmaning för patienterna var att skapa sig nya beteenden kring kost. Många upplevde det väldigt svårt att lära sig vad man kan äta och ändra sina vanor. Samtidigt upplevde de att vårdcentralen inte gav tillräckligt med stöd i dessa frågor. Exempel från detta är följande citat som kommit fram under patientaktiviteter:


"När jag får kallelser står det att jag kan gå till sjukhuscaféet mellan provtagning och läkarbesöket. Där finns det inte mycket av det ni pratar om."
- Patient under mottagningsbesök

"Varför säljer ni coca-cola på ett hälsosjukhus?"
- Tobias 12 år

"Det är ju socker i allt, över allt. Inte ens i sjukhuscaféet kan jag hitta något som håller mitt blodsocker i schack."
- Man 61 år.

Detta blev språngbrädan för idén om att utnyttja sjukhuscaféet och eventuellt andra plattformar, t ex. hälsotorget, för att inte bara erbjuda hälsosam fika utan även en plattform för kunskap om hälsosam kost och livsstilsförändringar.

Under 2017 kommer detta koncept att utforskas för att förstå om denna förändring är genomförbar, hur det kan se ut och vilken nytta det kan skapa för landstinget Sörmlands medborgare.



Hälsosamma produkter + **Kunskap & stöd** = **Framtidens hälsocafé**



Skriv ner 3 saker du tänker göra för att förbättra din hälsa:


1. _____
2. _____
3. _____

Skriv ner hur det går och vad du upplever är svårt för varje aktivitet:

1. _____
2. _____
3. _____

Kontakta oss:

Diabetessjuksköterska

 016-104376

Vi ringer upp dig:

11:00 - 12:00

Mina vårdkontakter



www.1177.se

Via mina vårdkontakter på nätet kan du beställa recept och hjälpmedel.



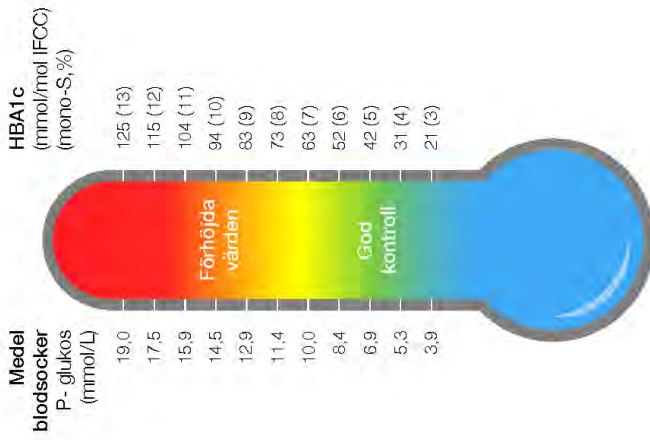
Behandlingssguiden Typ 2 Diabetes

 LANDSTINGET SÖRMLAND
Vårdcentralen Skövlinge

 **Hälsöval**
På uppdrag av Landstinget Sörmland



Långtidsblodssocker:



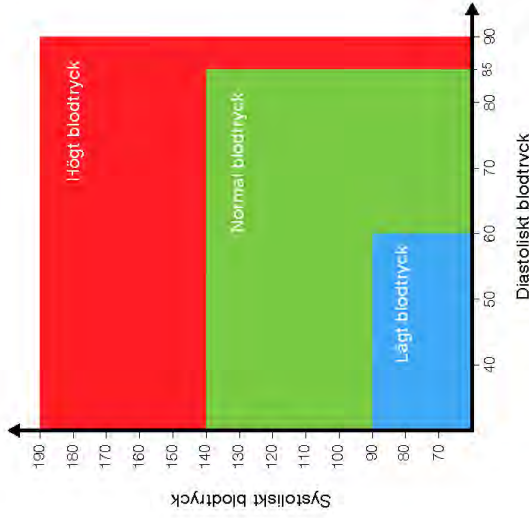
Mitt HbA1c värde är idag:

_____ mmol/mol.

Mitt målvärde är:

_____ mmol/mol.

Blodtryck:



Mitt blodtrycksvärde är idag:

_____ mmHg

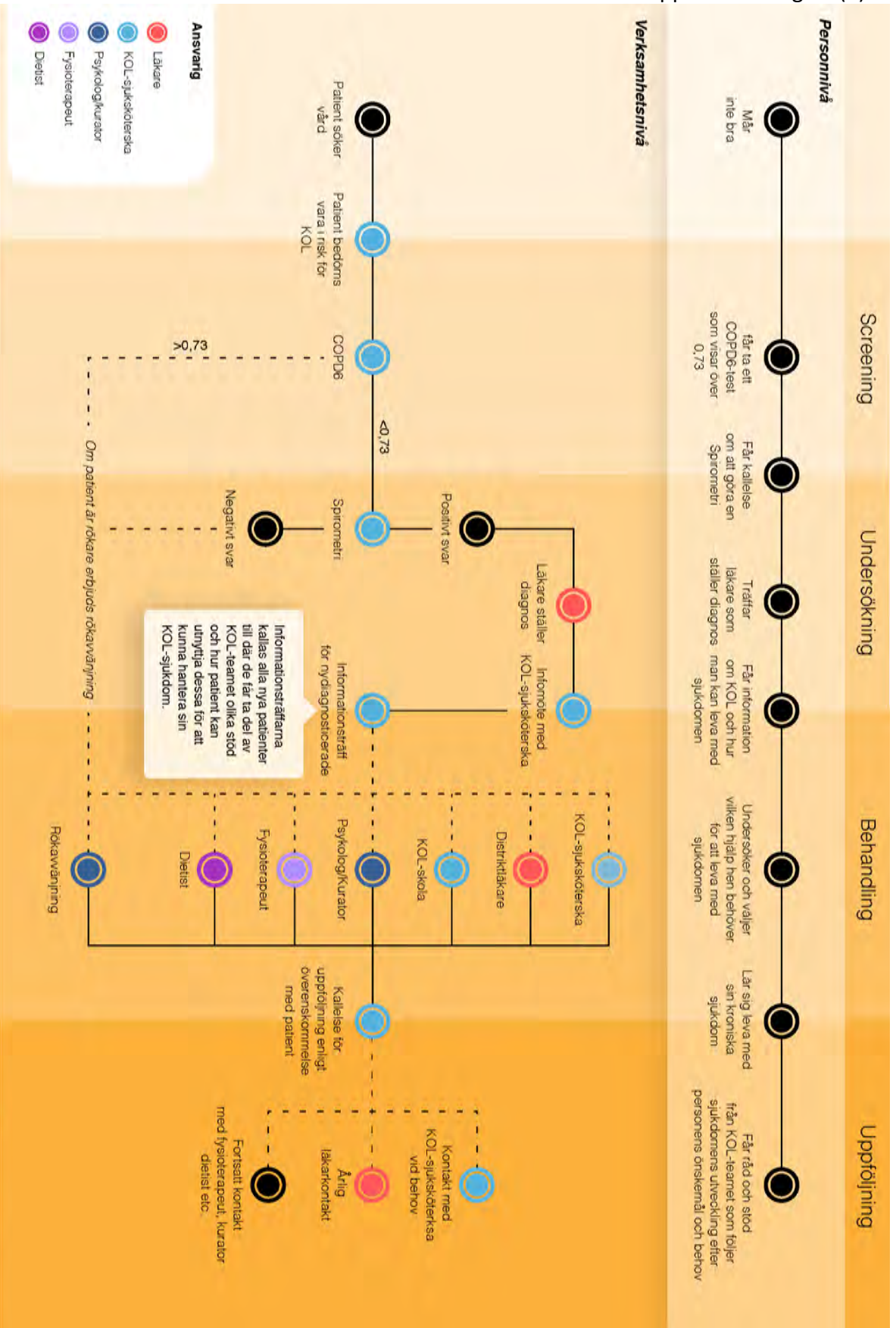
Mitt målvärde är:

_____ mmHg

Mina aktiviteter för bättre hälsa:

Skriv ner förändringar du tänker göra för att förbättra din hälsa:

Skriv ner hur det går och vad du upplever är svårt med aktiviteterna:





Checklista för "Blodtrycksbåten"

Vilka förväntningar har du på detta samtal?

Skriv här: _____

Vad vet du om högt blodtryck?

Skriv här: _____

Hur ser ditt liv ut idag?

- Motion: _____
- Kostvanor: _____
- Stress: _____
- Alkohol: _____
- Rökning/snusning: _____

Tidigare sjukdomar (hereditet?)

Skriv här: _____

Fortsatt vårdplan:

Skriv här: _____

Dina egna mål:

Skriv här: _____

Kontaktinfo



Din vårdkontakt

016-104200

Namn: _____

Blodtrycksbåten



Mina vårdkontakter

www.1177.se

Via mina vårdkontakter på nätet kan du beställa recept och hjälpmedel.



Högt blodtryck (hypertoni)

Vad är det?

Blodtrycket är det tryck som uppstår i blodkärlen när blodet drivs från hjärtat ut i kroppen och senare tillbaka till hjärtat. Ett blodtryck högre än 140/90 anses som högt.



Är det farligt?

Högt blodtryck försvårar hjärtats pumparbete och kan vara allvarigt om du inte får det behandlat. Högt blodtryck ökar risken för stroke, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, njursjukdom, demens och försämrad blodcirkulation i benen. Har man andra sjukdomar samtidigt (diabetes, höga blodfetter, njursjukdom, reumatism, stroke, kärlkamp/hjärtinfarkt) då blir risken för farliga åkommor större.

Varför jag?

Man kan inte exakt orsaken till 95% av fallen. Riskfaktorer för att man får högt blodtryck är framförallt årtalighet men även övervikt, ålder, rökning, stress, brist på motion och släslittande livsstil. Ungdat en tredjedel av den vuxna befolkningen i Sverige har högt blodtryck.



Vad får jag för symptom?

De flesta känner inte av höga blodtrycket oavsett om det ligger lite eller mycket högre än gränserna, vissa kan få lätt huvudvärk eller trothet. Mycket höga blodtrycksvärden kan ge akuta symptom och kan leda till hjärnblödning.

Vill du veta mer?

För mer information om blodtryck kan du besöka 1177.se eller fråga din vårdkonakt.

Behandling av högt blodtryck

Hur behandlar man?

Det beror alltid på blodtrycksvärdet och samsjuklighet (andra sjukdomar) och man ska börja med blodtrycksmediciner direkt. I alla fall är livsstilsförändring en stor del av behandlingen (rökning, kostvanor, motion, alkoholinlag, stresshantering, vikt). Alla dessa behandlingar är livslånga.

Vad finns det för mediciner?

Det finns många mediciner som fungerar på olika sätt och ibland kan det behövas kombinationsbehandling för att nå målblodtrycket. Liksom alla mediciner har även blodtrycksmediciner risk för biverkningar som är i stort sett inte skadliga eller permanenta jämfört med risken av ett obehandlat högt blodtryck som är farliga.



Vad innebär att behandlas mot högt blodtryck?

Målet med behandling är du ska må bra och kunna leva med en hälsosam livsstil med en eventuell blodtrycksmedicinering. Genom att hålla ett normaliserat blodtryck får du ingen ökad risk för farliga åkommor.

Hur kan jag ändra min livsstil?

De livsstilsfaktorer som påverkar din hälsa är kost, rökning och alkohol, motion och stresshantering. Forskning visar att blodtryck och risk för hjärt- och kärlsjukdomar minskar vid rökstopp, viktminskning av överkonsumtion av alkohol, fysisk aktivitet och att dra ned på salt i kosten.

Balanserad kost är viktig för att du ska minska risken för hjärt-kärlsjukdom och ytterligare sjukdom. Vi rekommenderar att äta enligt Tallriksmodellen som visar hur maten kan fördelas på tallriken för att få en bra balans i måltiden. Du kan också försöka minska på saltet i maten.



Rökning, snusning och alkohol:

Tobak och alkoholverksamhet kan höja blodtrycket och öka risken för hjärtåkommor. Rökning av alkohol innebär för män 15 standardglas/vecka eller 7 standardglas/tilfälle, för kvinnor 10 standardglas/vecka eller 4 standardglas/tilfälle.



Psykisk hälsa:

Psykisk ohälsa är vanligt i samband med annan sjukdom och kan ge symptom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnruttnheter. Stress är starkt kopplat till depression och ångest. Både stress och sömnruttnheter kan orsaka eller förvärra hjärt-kärlsjukdom. Psykisk hälsa betyder olika saker men bland annat kan det vara att skapa sig ett liv som upplevs som meningsfullt, där du får använda dina resurser, känner dig delaktig i samhället och kan hantera livets normala motgångar.

Motion

Motion är ett effektivt sätt att förebygga hjärt-kärlsjukdom och en lång rad av de vanligaste kroniska sjukdomarna och motverkar också psykisk ohälsa och stressrelaterade åkommor. Vi rekommenderar 30 minuter fysisk aktivitet per dag.



Blodtrycksbåten

Blodtrycksbåten kallar vi vår nya insats för att hjälpa patienter med högt blodtryck följa sin behandling och stötta dem i att ändra till en mer hälsosammare livsstil. Insatsen går ut på att patienter får stöd av ett team bestående av nedan beskrivna professioner som samordnas av en personlig vårdkontakt. Vårdkontakten kopplar ihop patienten med rätt profession utifrån patientens behov.



Din vårdkontakt

Din kontaktperson på vårdcentralen blir den som du först kommer i kontakt med (kan vara en undersköterska eller sjuksköterska). Kontaktpersonen kommer att följa din utveckling och ditt blodtryck. Om du har du funderingar så finns det då möjlighet att prata med någon som känner dig.



Läkare

Om det finns behov av att träffa en läkare för ditt höga blodtryck så planeras detta in under processen. Du och din läkare fattar tillsammans beslut om din behandling som kan vara livsstilsförändringar och/ eller tabletter.



Sjukgymnast

Behöver du tips och råd hur du kan komma igång att träna så kan sjukgymnasten hjälpa dig.



Dietist

Dietisten har grupper för information om hälsosamma kostvanor för dig med högt blodtryck.



Beteendeterapeut

Att få högt blodtryck, att ändra sin livsstil och/eller börja med mediciner kan upplevas svårt och utmanande. Hos beteendeterapeuten kan du få råd och/eller stöttning för att hantera detta.



Individuell
behandling

Grupp
behandling

Project rapport - Cronically Engaged 2.0

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård
Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0
Datum
2017-04-06

Version
1
Diarienummer
LS-LED15-1003

Projektrapport

Kroniskt Engagerad 2.0



Signeras:

Nyköping 2017-04-12

Ort och datum

[Signature]

Projektbeställare

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård
Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0
Datum
2017-04-06

Version
1
Diarienummer
LS-LED15-1003

Innehållsförteckning

1	Sammanfattande slutsatser	3
2	Grundläggande information	4
2.1	Bakgrund	4
2.2	Effektmål	5
2.3	Projektets arbetssätt	5
2.4	Projektorganisation	7
2.4.1	Övergripande projektteam.....	7
2.4.2	Styrgrupp.....	7
2.4.3	Kontaktuppgifter	8
3	Utfall jämfört med mål och plan	8
3.1	Utfall projektfokus.....	8
3.2	Utfall projektmål.....	8
3.2.1	Delmål 1	8
3.2.2	Delmål 2	12
3.2.3	Delmål 3	13
3.3	Utfall tidplan.....	13
3.4	Utfall budget och resurser	13
4	Indikation effektmål.....	13
4.1	Effektmål 1	13
4.2	Effektmål 2:	15
4.3	Effektmål 3	17
5	Överlämning av projektets resultat	18
6	Erfarenheter och observationer	18
7	Förslag till förbättringar	20
8	Fortsatt arbete med införande av personcentrerad vård	20
9	Bilagor	22
9.1	Bilaga 1 Tjänstekarta KOL-slussen.....	22
9.2	Bilaga 2 KOL-guiden	23
9.3	Bilaga 3 Blodtrycksbåten.....	25
9.4	Bilaga 4 Min diabetes	27
9.5	Bilaga 5 Besökshjälpen	29
9.6	Bilaga 6 Enkät personal	31
9.7	Bilaga 7 Enkät patienter	34

Projektbeställare

Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare

Linda Lännerström

Projektname

Kroniskt Engagerad 2.0

Datum

2017-04-06

Version

1

Diarienummer

LS-LED15-1003

1 Sammanfattande slutsatser

I projektet Kroniskt Engagerad 2.0 har tvärprofessionella team på fyra vårdcentraler i landstinget Sörmland tillsammans med sina patienter utvecklat vårdprocesser runt kroniskt sjuka patienter. Detta har skett med utgångspunkt i de behov patienterna uttryckt. KOL (VC Bagaregatan), diabetes (VC Linden, VC Skiftinge) och hypertoni (VC Fröslunda) valdes som fokus vid de olika vårdcentralerna. Vid kartläggning av behov och vid framtagande av idéer och lösningar användes tjänstedesignmetod.

Projektet som pågått under ett års tid jan 2016 till jan 2017 har haft som mål att genom patientmedverkan införa personcentrerad vård och öka delaktigheten hos kroniskt sjuka patienter och personal samt sprida arbetssättet vidare.

För att ta reda på behov har flertalet aktiviteter genomförts på de olika enheterna. Totalt har 121 patienter medverkat vid aktiviteter som intervjuer, dagböcker, enkäter, tyck-till-lådor, öppet hus, patientråd, informationsträff, matlagningskurs, skapa film och seminarium. Det har också samlats en stor mängd citat (ca 390) i samband med patientbesök, öppet hus, vaccinationsmingel eller hälsokontroll. Materialet som samlades in formulerades till insikter. Övergripande insikter var att patienterna önskar ökad kunskap om egenvård, ökad tillgänglighet och kontinuitet, att bemötandet är viktigt och att man som kroniskt sjuk sällan blir tillfrågad om psykiskt mående. Utifrån insikterna hittades idéer och utifrån en vald idé byggdes lösningar som delvis har testats eller ska testas i verksamheterna. Parallellt med teamens arbete har det övergripande projektteamet arbetat med framtagande av tre reflektionsfilmer.

KOL-slussen, Blodtrycksbåten, PT-lots och Min diabetes är idéer som tagits fram och testats för att göra processer för kroniskt sjuka mer personcentrerade.

Utvärderingar av projektet visar att patienter som deltagit har känt sig delaktiga och att gruppträffar är givande både för att få en möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter men också att få ta del av andras erfarenheter av att leva med sjukdom.

Det utrymme som getts för undervisning och reflektion runt personcentrerad vård verkar ha resulterat i att teamdeltagarna har förändrat sin syn den vård de ger. Från början tyckte teamdeltagarna att de arbetar personcentrerat men efterhand som de förstod innebörden så upplevde de att den egna verksamheten faktiskt inte arbetar personcentrerat. Teamdeltagarna beskriver att de ser patienten mer som en resurs i vården och upplever att projektet skapat förutsättningar för fortsatt arbete med patienter som medskapare. Många av teamdeltagarna beskriver också att de arbetar på ett annat sätt i vårdmötet – patienten ges mer utrymme att beskriva sitt problem och sina behov.

Projektbeställare

Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare

Linda Lännerström

Projektname

Kroniskt Engagerad 2.0

Datum

2017-04-06

Version

1

Diarienummer

LS-LED15-1003

2 Grundläggande information

2.1 Bakgrund

Landstingsstyrelsen beslutade 11 mars 2015 att framtagna arbetsmetodik för personcentrerad vård ska införas i landstinget Sörmland (LS-LED15-0002-8). Personcentrerad vård ingår i Hälso- och sjukvårdens fokusområden som är trygga patienter, rätt nyttjande av resurser samt smidig resa genom vården. Den nya patientlagen kräver också förnyat arbetsätt för att stärka patientens ställning och möjlighet till delaktighet.

Den framtagna strategin för personcentrerad vård beskriver att införandet av personcentrerad vård kräver ett omfattande förankrings- och utvecklingsarbete både på organisations-, enhets- och medarbetarnivå. Ett första steg innefattar att sprida framtagna arbetsmetodik för personcentrerad vård till fler vårdcentraler i Sörmland med målgruppen kroniskt sjuka.

Landstinget Sörmland och Vårdcentralen City, Eskilstuna deltog hösten 2014 i ett nationellt projekt "Kroniskt Engagerad". I projektet söktes lösningar för att skapa bättre förutsättningar för kroniskt sjuka patienter att hantera sin livssituation och kontakterna med vårdcentralen. Tjänstedesign användes som metod för att på djupet förstå användarnas (patienternas) behov. Tjänstedesign kan användas när tjänster som används av en kund, exempelvis patienter ska förbättras eller utvecklas. I tjänstedesignprocessen baseras förbättringsförslagen på kundens upplevelser av tjänsten. Personcentrerad vård är vård där patienten blir sedd och respekterad som en jämlik partner och där vården utgår från personens förutsättningar, resurser och hinder. Det är också vård som möjliggör personens delaktighet i utformningen av vården. Tjänstedesign som metod bygger på patienter och närståendes medskapande och passar därför mycket bra för införande av personcentrerad vård. Användandet av tjänstedesign i vården är ett sätt att göra vårdens kunder (patienter och närstående) till aktiva, delaktiga medskapare och på så sätt åstadkomma en önskad perspektivförskjutning inom Hälso- och sjukvård (figur 1).

Projektet Kroniskt Engagerad 2.0 syftade till att ta vara på och sprida insikter från föregångsprojektet Kroniskt Engagerad till fler vårdenheter och samtidigt införa personcentrerad vård i deltagande verksamheter.

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

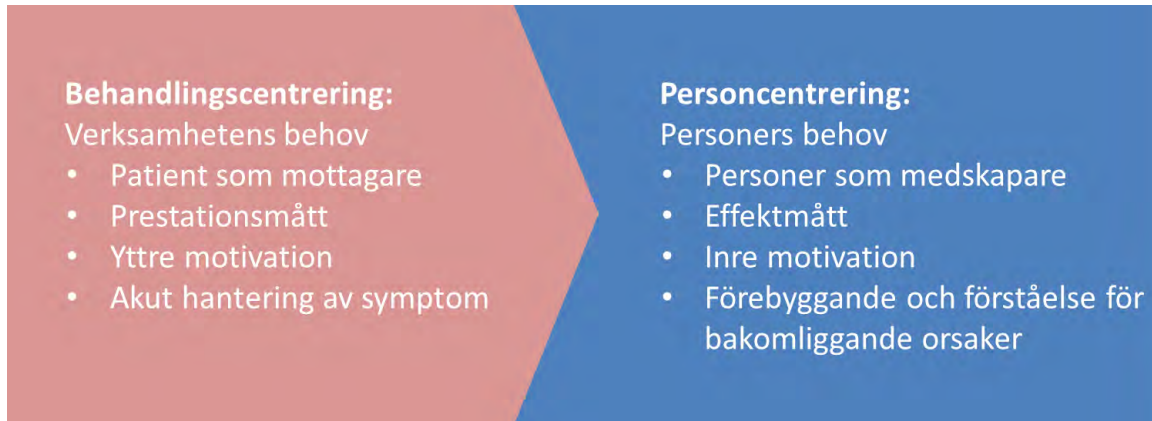
Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003



Figur 1 Önskad perspektivförskjutning genom införande av personcentrerad vård

2.2 Effektmål

Att all personal som varit delaktiga i projektet känner att deras förutsättningar att använda patienter och deras närstående som en kontinuerlig resurs i vården ökat.

Att deltagande patienter i projektet känner sig sedda och hörda och har kunnat ges möjlighet till att bidra till utvecklingen för personcentrerad vård.

Att förbättringsmethodik, lösningar och verktyg som arbetas fram i projektet kan stå modell för övriga landstinget och resten av Sverige.

2.3 Projektets arbetssätt

I projektet har tvärprofessionella team på fyra vårdcentraler tillsammans med sina patienter utvecklat vårdprocesser runt kroniskt sjuka patienter. Detta har skett med utgångspunkt i de behov patienterna uttryckt. KOL (VC Bagaregatan), diabetes (VC Linden, VC Skiftinge) och hypertoni (VC Fröslunda) valdes som fokus vid de olika vårdcentralerna. Vid kartläggning av behov och vid framtagande av idéer och lösningar användes tjänstedesignmetod. Som metodstöd anställdes en tjänstedesigner från RISE på halvtid (tidigare Sveriges tekniska forskningsinstitut) under projekttiden. Landstinget Sörmland har sedan tre tillbaka ett etablerat samarbete med Experio Lab i landstinget Värmland. I detta projekt har både deras kompetens och till viss del resurser använts som stöd. SKL:s innovationsmodell har också använts som stöd i förbättringsprocessen eftersom projektet deltagit som pilot i utvecklingen av modellen.

Projektet pågick under ett års tid från januari 2016 till januari 2017. Projektledaren anställdes på halvtid för att planera projektet i september 2015. Övriga resurser har varit samordnaren för Personcentrerad vård som bidragit med kunskap i personcentrerad vård, projektledning, och metoder för patientmedverkan. En styrgrupp har haft månatliga möten för styrning och beslut (se figur 2, tidslinje för projektet).

Projektbeställare

Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare

Linda Lännerström

Projektname

Kroniskt Engagerad 2.0

Datum

2017-04-06

Version

1

Diarienummer

LS-LED15-1003

Deltagande team har vid fem heldagsseminarier vid fyra tillfällen fått utbildning i personcentrerad vård, förbättringsarbete och tjänstedesignmetod. Seminarierna har vid varje tillfälle innehållit tid för praktisk övning av metoder samt reflektion. Patienter har deltagit vid två av fyra seminarier. Teamen uppmanades ha en utsedd projektledare samt avsätta 1-2 h per vecka för projektet.

För att ta reda på behov har flertalet aktiviteter genomförts på de olika enheterna. Totalt har 121 patienter medverkat aktivt vid dessa aktiviteter. Det har också samlats en stor mängd citat (ca 390) i samband med patientbesök, öppet hus, vaccinationsmingel eller hälsokontroll. De aktiviteter som genomförts är (antal deltagande patienter inom parantes):

- Intervjuer (8)
- Dagböcker (2),
- Enkäter (22),
- Tyck-till-lådor (19),
- Öppet hus (10),
- Patientråd (35),
- Informationsträff (10),
- Matlagningskurs (7),
- Skapa film (4),
- Seminarium (4).

Se respektive vårdcentrals projektrapport för mer detaljerad beskrivning av aktiviteterna.

Materialet som samlades in formulerades till insikter. Utifrån insikterna utvecklades idéer och utifrån en vald idé byggdes lösningar som delvis har testats eller ska testas i verksamheterna.

Parallellt med teamens arbete har det övergripande projektteamet arbetat med att formulera övergripande insikter om patienternas behov samt framtagande av tre reflektionsfilmer (beskrivs under punkt 4.3, indikation projektmål).

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare
Linda Lännerström

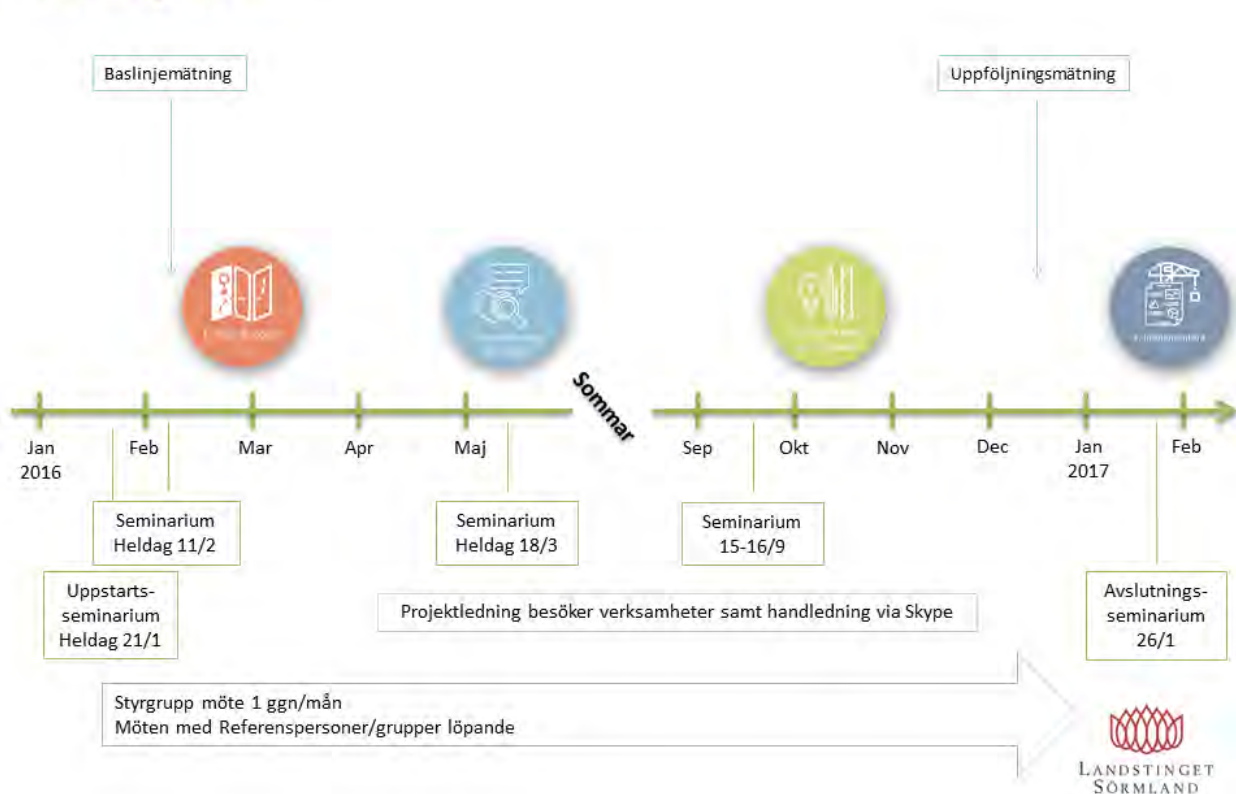
Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003

Tidsplan



Figur 2 Tidslinje för projektet

2.4 Projektorganisation

Nedan följer beskrivning av hur projektet har organiserats.

2.4.1 Övergripande projektteam

Linda Lännerström, projektledare, verksamhetsutvecklare, Division primärvård, Landstinget Sörmland

Hanna Lundstedt, samordnare Personcentrerad vård, Utvecklingsenheten, Landstinget Sörmland

Albin Andersson, tjänstedesigner, konsult RISE

2.4.2 Styrgrupp

Aina Nilsson, divisionschef, Division primärvård, Landstinget Sörmland

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård
Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0
Datum
2017-04-06

Version
1
Diarienummer
LS-LED15-1003

Linda Lännerström, projektledare, verksamhetsutvecklare, Division primärvård, Landstinget Sörmland

Hanna Lundstedt, samordnare Personcentrerad vård, Utvecklingsenheten, Landstinget Sörmland

2.4.3 Kontaktuppgifter

Linda Lännerström, linda.lannerstrom@dll.se

Hanna Lundstedt, hanna.lundstedt@dll.se

3 Utfall jämfört med mål och plan

3.1 Utfall projektfokus

Projektfokus har varit att prioritera kvalitet framför ekonomi och tid om händelser skulle uppkomma där prioritering behövde göras. Detta resulterade i att projekttiden för deltagande verksamheter förlängdes två månader för att kvalitén och mängden av insikter skulle bli tillfredsställande.

3.2 Utfall projektmål

3.2.1 Delmål 1

Att utveckla en personcentrerad process för minst fem kroniska sjukdomar där delaktigheten har stärkts för både patienter och personal.

De fyra vårdcentralerna har arbetat med processerna runt patienter med de kroniska sjukdomarna KOL, diabetes och hypertoni.

Varje vårdcentral har analyserat insamlad data och formulerat insikter utifrån patienternas behov (se respektive vårdcentralers projektrapport). Projektledningen har sedan övergripande analyserat och kategoriserat insikterna och sedan formulerat övergripande insikter:

- **Patienterna önskar ökat stöd i egenvård**

Många patienter beskrev att de saknar kunskap om hur egenvård praktiskt går till och om man vågar exempelvis motionera vid kroniskt sjukdom. Framför allt diabetikerna beskrev att de visste att de borde äta på ett visst sätt och motionera men inte hur detta praktiskt skulle gå till och efterfrågade gruppträffar för att lära sig hur:

”I vården får jag alltid höra att jag ska sluta med sötsaker och godis. Men hur då? Det funkar faktiskt inte att ta en morot eller en frukt istället. Det är som abstinens.”

Jag har fått rådet att äta varierat och balanserat. Vad menas egentligen med balanserat?

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003

”Jag får ofta höra: du måste gå ned i vikt. Men sen känner jag mig lämnad i sticket.” (tre diabetespatienter om livsstilsförändringar)

Patienterna beskriver också att det är svårt att göra livsstilsförändringar eftersom det överallt i samhället erbjuds ohälsosamma alternativ, till och med i sjukhuscaféet:

När jag får kallelser står det att jag kan gå till Sjukhuscaféet mellan provtagningen och läkarbesöket. Där finns det inte mycket av det ni pratar om.” (diabetespatient)

- **Patienterna önskar ökad tillgänglighet**

Många patienter beskriver att de önskar att det skulle vara lättare att komma i kontakt med vårdcentralen. Man önskar också fler sätt att boka tider än via telefonen, exempelvis via receptionen. Två patienter beskriver det såhär:

”Förändra bokningen, det är för mycket ”nummerlappsköande.”

”Jag vill kunna boka in receptionen personligen d.v.s. inte behöva ringa.”

- **Patienterna önskar ökad kontinuitet**

Många patienter beskriver att de vill träffa samma läkare och inte olika. Andra efterfrågar en stabilitet i vårdkontaktarna som kan vara en specialistutbildad sjuksköterska. Genomgående beskriver patienterna att de är nöjda med sjuksköterskebesök.

Kontinuitet kopplas ofta till att träffa samma läkare eftersom man då inte behöver upprepa sin sjukhistoria vid varje besök. En patient beskrev detta såhär vid en fråga om vad kontinuitet är:

”Kontinuitet behövs för att känna förtroende, inte bra att få berätta sin livshistoria för många människor – känns som bristande intresse för min person och mina problem.”

Andra beskriver att kontinuitet som ”ett oavbrutet sammanhang” som inte nödvändigtvis behöver vara kopplad till en person utan till ett arbetssätt som möjliggör att man inte behöver upprepa saker man redan tagit upp. En annan patient beskriver att kontinuitet är ett stöd i hans egen process framåt: *”Kontinuitet hjälper mig att fortsätta framåt – utan att behöva backa och ta om.”*

- **Patienterna beskriver att bemötande är viktigt**

Att bli bemött på ett bra sätt beskrivs av många patienter som viktigt. De flesta beskriver också att de upplever mycket bra bemötande. *”Det är viktigt att bli bemött ordentligt, inte som en kärring på 91 bast som är senil.” (patient vid intervju)*

- **Patienterna erbjuds inte stöd för psykisk ohälsa kopplat till kronisk sjukdom**

Projektledningen har med sig från föregångsprojektet och har uppmärksammat även i detta projekt att sjukvården sällan eller aldrig frågar den som är kroniskt sjuk om hur hen

Projektbeställare

Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare

Linda Lännerström

Projektname

Kroniskt Engagerad 2.0

Datum

2017-04-06

Version

1

Diarienummer

LS-LED15-1003

mår psykiskt. Man blir inte erbjuden samtalsstöd från kurator/psykolog för att hantera och acceptera den situation som uppkommer efter besked om en livslång, obotlig sjukdom.

En patient med KOL beskrev sin upplevelse vid ett patientråd: *”Ingen har frågat om mitt psykiska mående. Jag hade önskat att man hade gjort det.”*

Prototyper/ Lösningar

Projektteamen har utvecklat delar eller hela sin process runt en kronisk sjukdom respektive vårdcentral utifrån de behov man sett på följande sätt:

Vårdcentralen Bagaregatan – KOL-slussen

”KOL-slussen” innebär att man på vårdcentralen arbetar efter ett strukturerat, personcentrerat, flöde för patienter som får diagnosen KOL (se figur 3 och bilaga 1). Nydiagnosticerade patienter bjuds in tillsammans med anhöriga till ett möte med vårdcentralens KOL-team. Vid mötet får patienten information om vilka olika professioner som finns på vårdcentralen för att ge stöd vid KOL, och vad de kan hjälpa till med. De får också information om vård och behandling vid KOL. Patienterna erbjuds sedan vidare kontakt utifrån behov och önskemål. De får också foldern KOL-guiden (bilaga 2).

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

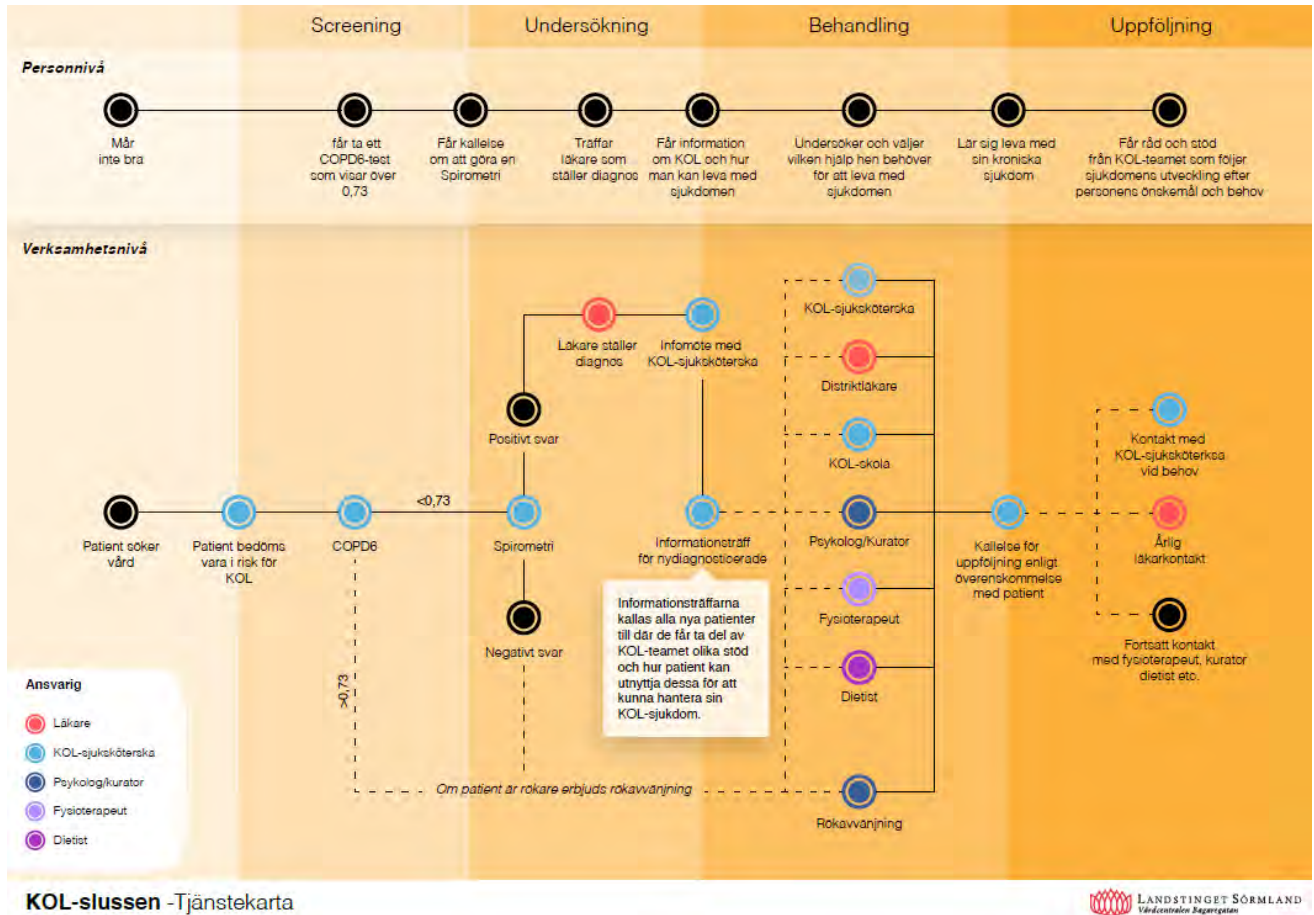
Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003



Figur 3 Tjänstekarta "KOL-slussen"

Vårdcentralen Fröslunda – Blodtrycksbåten

”Blodtrycksbåten” är ett personcentrerat 6-månaders-program som erbjuds patienter som behöver förändra sin livsstil för att sänka blodtrycket. Patienten får tillsammans med en kontaktperson planera vilket stöd som önskas för att genomföra livsstilsförändringar (bilaga 3).

Vårdcentralen Linden – PT-lots och motionsmeny

Teamet på vårdcentralen Linden har arbetat med att synliggöra vilka olika motionsformer som erbjuds i Katrineholm med omnejd. Utifrån en ”motionsmeny” är tanken att varje individ lättare ska kunna hitta en passande motionsform. När samtlig personal på vårdcentralen Linden blivit uppdaterade på motionsmenyn kan alla fungera som PT- lotsar. Teamet har också, utifrån diabetespatienternas önskan arbetat med att erbjuda matlagningsgrupper för diabetespatienter, där man kan lära sig hur nyttig och bra mat kan lagas. En idé som väckts av diabetespatienter kommer vidareutvecklas i ett efterföljande utvecklingsprojekt gällande hälsosammare alternativ i sjukhuscaféet.

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003

Vårdcentralen Skiftinge – Diabetesteam och Min diabetes
Vårdcentralen Skiftinge har utvecklat sin process för diabetespatienter. Diabetesteamet har omstrukturerats för att underlätta för patienterna att få ökad öka medvetenhet kring sjukdomen. Till vårdmöten har ett samtalsstöd kallat ”Min diabetes” utvecklats (bilaga 4)

Projektdelelmålet har (nästan) uppnåtts då fyra personcentrerade processer har utvecklats.

3.2.2 Delmål 2

Att ta fram effektmål för att möjliggöra mätning av delaktighet i vården kopplat till kroniskt sjukdom.

Projektledningen har under hela projektiden aktivt undersökt möjligheterna för att mäta delaktighet. Detta har skett genom:

- **Omvärldsbevakning**
- **Workshop**

Under hösten deltog projektledaren och samordnaren för personcentrerad vård i en workshop med Experio Lab, landstinget Värmland samt RISE för att diskutera mätning av delaktighet. Se nedan gällande resultat.

- **Enkät till patienter**

En del av de patienter som deltog i aktiviteter fick enkät om sin upplevelse, se mer under rubrik 4.2 Effektmål 2 och bilaga 7.

Projektledningen vill framhålla att det finns stora svårigheter kopplade till mätning vid mindre utvecklingsprojekt som detta: Dels finns det stora svårigheter att hitta och få en översikt över hur andra utvecklingsprojekt inom offentlig verksamhet har hanterat frågan om mätning av delaktighet. Vi har inte hittat några exempel där patienters delaktighet (med kronisk sjukdom) i vården mätts i utvecklingsprojekt. Vid omvärldsbevakning inför projektet upplevdes det mycket svårt att få en översikt över frågan i vetenskapliga studier. Vid projektets slutfas kom en preliminär systematisk litteraturoversikt från SBU som kanske kan skapa klarhet.

Frågan om mätning av delaktighet verkar vara något som det idag inte finns konsensus runt. Resultatet av workshopen som vi deltog i var ett konstaterande att det idag inte finns någon allmänt vedertaget sätt i Sverige att mäta delaktighet som används, förutom patientenkäten. Att använda dessa frågor är en möjlighet. De är dock formulerade så att de är kopplade till ett visst besök.

Sammantaget har projektledningen konstaterat att mätning av delaktighet i denna typ av mindre projekt säkerligen sker bäst genom dialog med patienterna om deras upplevelse av delaktighet.



Blodtrycksbåten



LANDSTINGET SÖRMLAND
Vårdcentralen Prästlanda

Hälsoval
på uppdrag av Landstinget Sörmland

Figur 4 Framsida broschyr
Blodtrycksbåten

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003

3.2.3 Delmål 3

Att redan framtagna prototyper för personcentrerad vård har utvecklats och stärkt vårdcentralernas arbete för personcentrerad vård.

De fyra deltagande verksamheterna har alla på olika sätt påbörjat användande av någon eller några av de tidigare framtagna prototyperna. Broschyren Besökshjälpen har presenterats vid flertalet tillfällen för verksamhetschefer vid de landstingsdrivna vårdcentralerna. En införandeguide har tagits fram för att underlätta införande och användande. Foldrarna (besöksguiden och KOL-guiden) har också spridits via föreläsningar om personcentrerad vård och via hemsida. Totalt har två verksamheter har påbörjat användande av Besökshjälpen, och två KOL-guiden under projektiden. Projektdelmålet har delvis uppnåtts då prototyperna har utvecklats. Om användning av prototyperna stärkt vårdcentralernas arbete för personcentrerad vård är inte utvärderat ännu.

3.3 Utfall tidplan

I mitten av våren 2016 förstod projektledningen att behovsinventeringsfasen skulle ta längre tid än planerat. För att värna om kvalitén på de insikter som samlades in sköts avslutningsseminarium fram till januari 2017. Detta innebar en förlängning av projektiden för deltagande team men inte för projektledning som var planerad fram till mars 2017.

3.4 Utfall budget och resurser

Total budget för projektet var 1,7 mnkr. Av dessa finansierade primärvårdsdivisionen 800 tkr för projektledarens lön under 1,5 år. Landstingsstyrelsen har tillskjutit 900 tkr för finansiering av metodstödjare. Projektet har hållit budget med ett förväntat underskott på 3 tkr.

Uppskattad arbetstid projektledning: Projektledare har arbetat 50 % i 1½ år, samordnare personcentrerad vård 20 % i 1½ år och konsult i tjänstedesign har debiterat 735 h i projektet.

4 Indikation effektmål

Mätningar i projektet har skett på följande sätt (för mer detaljerad beskrivning se bilagor):

- Enkät till personal (bilaga 6)
- Enkät till deltagande patienter (bilaga 7)
- Samlat citat både från personal och patienter som deltagit i projektet.
- Utvärderingsenkäter kopplade till reflektionsfilmer

4.1 Effektmål 1

Att all personal som varit delaktiga i projektet känner att deras förutsättningar att använda patienter och deras närstående som en kontinuerlig resurs i vården ökat.

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

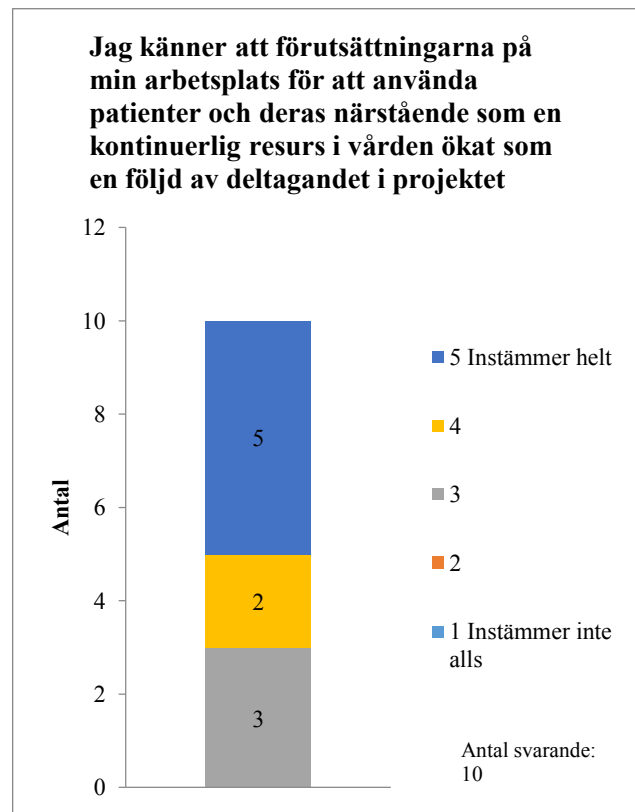
Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003

Personal från projektteamen på vårdcentralerna fick besvara innan uppstart och en månad innan slutseminariet (ett år mellan enkäterna). Eftersom antalet svarande är mycket litet (10) kan inga slutsatser dras gällande förändringar mellan före och efter utan materialet kan endast användas för att se "tendenser". De tendenser vi sett är följande:

- Det verkar som projektdeltagarna efter projektet upplever i **lägre** grad att "På min arbetsplats arbetar vi personcentrerat". Detta kan kännas förvirrande/motsägande, då upplevelsen efter projektet snarare borde vara att de i **högre** grad arbetar personcentrerat efter utbildning i personcentrerad vård. Detta bekräftar tidigare erfarenheter: från början tycker personalen att de arbetar personcentrerat men efterhand som de förstår innebörden så upplever personalen inte att den egna verksamheten arbetar personcentrerat.
- De som svarade upplevde efter projektet att de i **högre** grad "använder patienten som en resurs när vi utvecklar vården".
- Svaren på frågan "Jag har inte tid att ge en vård som utgår från patientens behov" ligger mer på **mitten** än innan. Innan svarade några stycken att de instämde helt och delvis, vilket inga gjorde nu. Kan tolkas som att vårdpersonalen ser att man själv faktiskt kan påverka den vård som ges så att den utgår från patientens behov och tidsbrist är inte hela förklaringen till varför vi inte idag jobbar personcentrerat.
- "Patienten och jag samarbetar i vården". Här ses den största förändringen i en enskild kategori. Alltså **fler** tycker att de samarbetar med patienten än tidigare.
- Personalen svarar att de i **högre** grad "har möjlighet att arbeta med förbättringsarbete" efter.
- "Patienten och jag pratar om vilket stöd hen önskar för att kunna leva så bra som möjligt med sin sjukdom". Här ser vi en **ökning** mot Instämmer helt. Tolkas som att personalen i högre grad frågar patienten.



Personalen som deltagit i projektet har också i samband med slutseminariet besvara några frågor om prototypning samt om effektmål. frågan "Jag känner att förutsättningarna på min arbetsplats för att använda patienter och deras närstående som en kontinuerlig resurs i vården ökat som en följd av deltagandet i projektet". Sju av tio uppgav 4 eller 5 på skalan 1-5 (figur 5).

Figur 5 Fråga till teamdeltagare gällande patienter som resurs i vården

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003

Sammanfattningsvis kan konstateras att de mätningar vi gjort tyder på att effektmålet är uppnått. Detta bekräftas också av reflektioner gällande patientmedverkan som teamen beskrivit i sina slutrapporter:

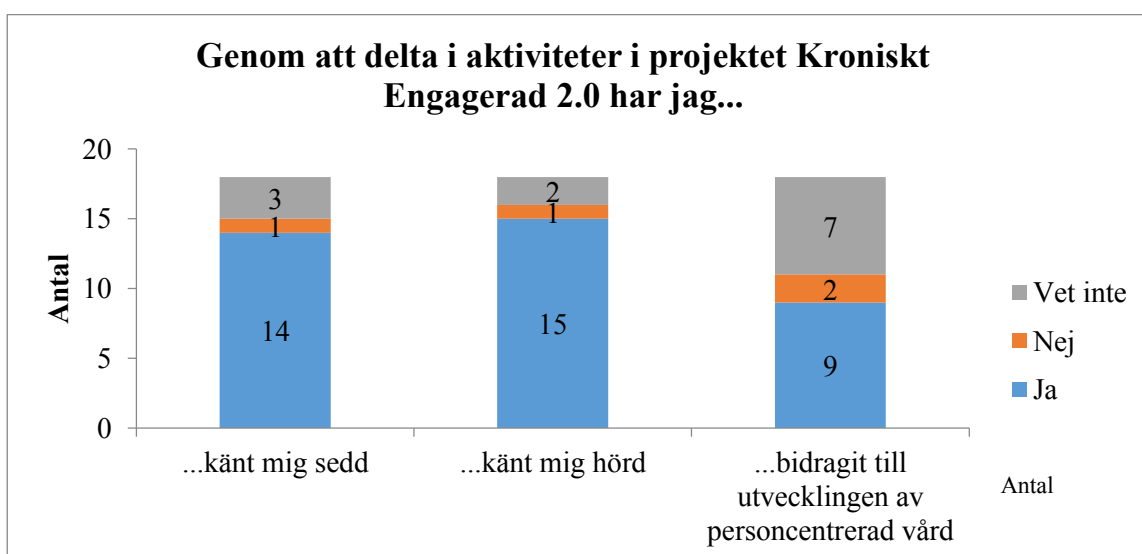
”Den främsta lärdomen av att prata med patienterna, är att det ofta finns en tendens inom vården att tro sig veta vad patienten vill ha. Vid samtal framkommer dock ofta helt andra saker. Det kan ofta röra sig om små saker, men som kan få stor påverkan på patientens upplevelse av bemötandet.” (slutrapport från ett av projektteamen)

”Att bjuda in till dialog och samarbete kan vara skrämmande som personal. ”Vi kan ju inte låta patienterna börja styra och ställa, hur skulle det se ut om alla skulle få som de ville?” Under arbetet med personcentrerad vård har vi har stärkts i vår uppfattning att när en person blir lyssnad på med respekt blir personen mer stärkt och mer kreativ. Tiden vi avsatt för att lyssna till våra patienter har varit väl värt mödan. Faktum är att det kan kännas pinsamt att vi inte börjat med att införa personcentrerad vård tidigare i Svensk hälso- och sjukvård.” (slutrapport från ett av projektteamen)

4.2 Effektmål 2:

Att deltagande patienter i projektet känner sig sedda och hörda och har kunnat ges möjlighet till att bidra till utvecklingen för personcentrerad vård.

Efter projektet skickades en enkät (bilaga 7) ut till de personer (där vi haft kontaktuppgifter) som deltagit i aktiviteter. Arton deltagare har svarat på enkäten och av dessa har i stort sett alla uppgett att de ”känt sig sedda och hörda” genom deltagande i projektet (figur 6). Gällande om de upplevt att de bidragit till utvecklingen av personcentrerad vård har sju personer svarat ”vet ej” vilken kan tyda på att de inte uppfattat innebörden av begreppet.



Figur 6 Svar från patientenkät.

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003

De som hade deltagit i patientråd (13 av de svarande) fick svara på specifika frågor om detta. Tio av dem ansåg att det var positivt eller mycket positivt att delta i patientråd, två varken positivt eller negativt och en negativt. De flesta instämde i att patientråd hade ökat deras delaktighet i vården.

Utifrån de öppna svar som patienterna fick lämna i enkäten verkar det som att det som uppskattats mest med gruppträffar med andra patienter är att de får möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter men även få ta del av andras erfarenheter av att leva med sjukdom:

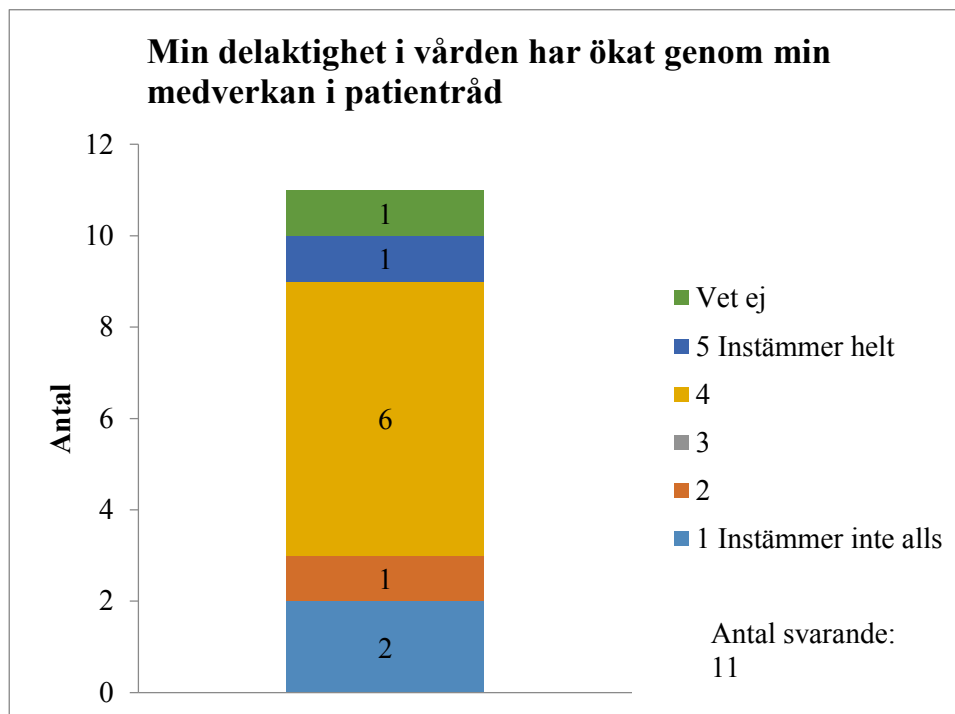
”Jag fick råd av andra deltagare om viktiga saker”

”Fått ta del av nya frågor och svar. Kunnat ge egna erfarenheter.”

”Möjlighet att dela med mig av mina kunskaper och erfarenheter.”

Ett citat från en patient som fick frågan om hon ville ställa upp på en intervju om projektet får illustrera det som vi tolkar som att hon verkligen upplevt sig vara delaktig: *Vad roligt att de är intresserade av **vårt** projekt”*.

Resultaten talar för att effektmålet är uppnått och att dialog med patienter skulle kunna bidra till att öka patienters delaktighet i vården.



Figur 7 Svar från patientenkät

Projektbeställare

Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare

Linda Lännerström

Projektnamn

Kroniskt Engagerad 2.0

Datum

2017-04-06

Version

1

Diarienummer

LS-LED15-1003

4.3 Effektmål 3

Att förbättringsmethodik, lösningar och verktyg som arbetas fram i projektet kan stå modell för övriga landstinget och resten av Sverige.

Framtagandet av tre reflektionsfilmer har varit en del av att skapa verktyg som underlättar reflektion av arbetssätt och roller i vården. Filmerna har också tagits fram för att kunna reflektera över innehållet i personcentrerad vård. Tre olika möten i vården på en vårdcentral iscensätts i filmerna: läkarmöte, receptions- och väntrumsmöten och telefonrådgivningsmöte. Den första filmen "Från Guru till Guide" baserades på insikter från intervjuer i projektet Kroniskt Engagerad 1.0. De andra två utifrån en workshop där patienter och vårdpersonal fick ta fram beskrivningar av vad som karaktäriserar bra och dålig telefonrådgivning och reception och väntrum. En teatergrupp har skrivit manus och spelat in film utifrån beskrivningarna. Drygt 400 personer har registrerats att ha sett filmen "Från Guru till Guide" via en utvärderingswebbenkät som vi uppmanar användarna att fylla i. Filmerna upplevs av projektledningen förenkla diskussion runt innehåll i personcentrerad vård och hjälper arbetsgrupper att reflektera över sina och andras roller liksom över patientrollen. Här följer några reflektioner om filmerna:

"De flesta reflekterade över skillnaden på bemötandet och framförandet i de olika scenerna. Många reflekterade också igenkännande på situationerna och insikten i hur viktigt det är med hur man framför ett budskap och framförallt att man lyssnar på patienten" (från utvärderingsenkät)

"Bra diskussioner efter filmen. resulterade i att vi enades om att vi skall auskultera hos varandra, mellan olika vårdgivare vid något tillfälle under 2017" (från utvärderingsenkät)

En del vårdpersonal har reagerat starkt negativt när filmen rört deras egen yrkesgrupp och har tyckt att man visar upp en "nidsbild" och att det inte är så man arbetar. Men de allra flesta kommentarerna beskriver hög igenkänningsfaktor. Filmerna finns fria för användning på: <http://www.landstingetsormland.se/reflektionsfilm>.

En **Metodbok för utveckling av personcentrerade vårdtjänster** har tagits fram som ett led i spridningen av projektets arbetssätt. Metodboken är interaktiv, d.v.s. alla metoder som är beskrivna har tillhörande nedladdningsbara mallar som är fria för användning.

I projektet har flera små filmklipp om datainsamlingsmetoder spelats in i samarbete med SKL:s Innovationsguide, se http://innovationsguiden.se/canvas_undersok-behov/.

En Masterstudent i design från Konstfack gjorde under våren -16 ett projektarbete i detta projekt om vilken roll ett objekt kan ha i ett möte mellan två personer och vilket värde objektet skapar: *"In all this science there is still magic"* – *Investigating the role of the stethoscope*. En prototyp i form av ett stetoskop där också patienten kan lyssna testades för att öka delaktighet.

En doktorand från Linköpings Universitet som är knuten till EU:s forskningsprogram H2020 har under delar av hösten -16 och fram till projektavslut studerat prototypning i projektet som en del av hennes avhandlingsarbete.

Projektbeställare	Projektnamn	Version
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård	Kroniskt Engagerad 2.0	1
Projektledare	Datum	Diarienummer
Linda Lännerström	2017-04-06	LS-LED15-1003

Vårdcentralen Lindens test med matlagningsgrupper har tagits med i Landstinget Sörmlands årliga kvalitetsbokslut för hälso- och sjukvården som ett lyckat exempel på förbättringsarbete. Bokslutet är gjort i form av en film som kan ses här (vårdcentralen Linden är med 7:25 min in i filmen): <https://www.youtube.com/watch?v=8z9MVOFFdhg> .

Projektet med dess arbetsmetoder och resultat har spridits nationellt genom artiklar i Dagens Medicin <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/02/03/patienten-icentrum--pa-riktigt/>, och Vårdfokus, <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/februari/har-infors-personcentrerad-yard-pa-vardcentraler/>. Projektet har presenteras vid Tillitsdelegationens forum för dialog i mars och kommer också presenteras på nationella konferenser för hälso- och sjukvården under året.

Projektets avslutningsseminarium hölls 26 januari vilket också var en del av spridningen av projektets resultat. Seminariet som var öppet för alla skapade stort intresse och över 80 deltagare både från patientföreningar, primärvård, slutenvård och kommun i Sörmland såväl som nationella samarbetspartners och andra intresserade deltog.

Sammantaget tyder allt detta på att effektmålet kommer att nås.

5 Överlämning av projektets resultat

Projektresultat överlämnas till Landstingsstyrelsen i form av projektrapport enligt tidigare plan.

6 Erfarenheter och observationer

• Införande av personcentrerad vård

Som beskrivet i projektdirektivet kräver införande av personcentrerad vård ett omfattande förankrings- och utvecklingsarbete både på organisations-, enhets- och medarbetarnivå. Resultatet i detta projekt styrker att ett arbetssätt där det ges utrymme för reflektion i kombination med att ta reda på behov genom dialog med patienter är ett sätt att göra verksamheten mer personcentrerad. Patienterna som deltagit har känt sig delaktiga och personalen upplever att de nu mer ser patienten som en resurs i vårdens utveckling samt att de ser att de själva i högre grad har möjlighet att arbeta med verksamhetsutveckling.

Många av deltagarna beskriver också att de arbetar på ett annat sätt i vårdmötet – patienten ges mer utrymme att beskriva sitt problem och sina behov. Personalen har också beskrivit att man nu mer förstår att vårdmötet bara är en del av den process som skapar upplevelsen av tjänsten och att alla delar i en process behöver samordnas för att skapa en bättre upplevelse. Fokus flyttas från det som bara sker i vårdmötet till att innefatta det som sker på vårdcentralen och även utanför vårdcentralen.

Precis som vid föregångsprojektet Kroniskt Engagerad har detta projekt tydliggjort att patientdelaktighet inte handlar om att patienten måste engagera sig mer. Det vi sett är att patientdelaktighet är en kombination av att organisationen skapar förutsättningar för delaktighet, att vårdpersonal ger patienter möjlighet att vara delaktiga i vårdmötet och att

Projektbeställare
Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare
Linda Lännerström

Projektname
Kroniskt Engagerad 2.0

Datum
2017-04-06

Version
1

Diarienummer
LS-LED15-1003

patienter tar rollen som delaktig. Detta innebär att arbetssätt och roller måste förändras för både personal och patienter. Det är ett långsamt förändringsarbete som tar tid. Både personal och patienter behöver ges utrymme för att testa och förbättra de nya rollerna och de system som ska stödja eftersom de lösningar vi har idag inte erbjuder delaktighet.

Reflektionsfilmerna upplevs vara ett bra sätt att snabbt komma in på reflektioner om bemötande, vårdar- och patientroll, innehåll i personcentrerad vård och hur våra olika roller på vårdcentralen innebär olika utmaningar och att de är en del av helheten för patienten.

Att konstruera projektteamen tvärprofessionellt har också bekräftats vara ett optimalt arbetssätt. Att ha med en representant från varje profession underlättar implementation och gör även det praktiska arbetet med hur man ska testa olika förbättringsförslag/idéer enklare eftersom hela vårdcentralens verksamhet finns representerad i teamet. Vi har också sett att teamarbetsättet innebär att man kan ta nya roller i testandet av idéer. Ett exempel är att undersköterska ska fungera som vårdkontakt för blodtryckspatienter som går med i Blodtrycksbåten.

- **Patientmedverkan och ta reda på behov**

Projektteamen har alla gjort aktiviteter som på olika sätt inneburit patientmedverkan för att ta reda på behov. Teammedlemmar beskriver detta arbetssätt som initialt lite skrämmande men sedan roligt och att det är mycket givande att få föra en dialog om vården med patienterna. Projektledningen upplever att empatin som väcks hos personalen i dialogen med patienter skapar förståelse för behov, drivkraft till förändring och en förändrad syn på patientrollen.

Farhågorna att inte få patienter som vill delta i aktiviteterna har inte fallit in. Patienterna vill vara med och bidra och de är ofta mycket glada och tacksamma över chansen att få vara med och påverka.

- **Metoden tjänstedesign**

För nästan alla deltagare i projektteamen var tjänstedesignmetod en ny metod i verksamhetsutveckling. Användandet av metoden beskrivs av teammedlemmarna som roligt och annorlunda. Några upplevde att det var långt ifrån det som de var vana vid och därför kändes svårt. Det var svårt att vara kreativ och fantasifull och att kunna enas om en gemensam idé. Själva prototypandet och övningarna gjorde problemen tydligare och lösningarna blev mer konkreta och applicerbara. Det var lättare att se patientens perspektiv och få en förståelse för helheten.

Projektledningen upplever att tjänstedesignmetod underlättar införandet av personcentrerad vård eftersom det sätter fokus på vad som är viktigt och värdeskapande för patienterna. Genom detta fokus kan den perspektivförskjutning som införande av personcentrerad vård vill åstadkomma ske snabbare.

- **Projektets organisation**

Projektbeställare

Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare

Linda Lännerström

Projektname

Kroniskt Engagerad 2.0

Datum

2017-04-06

Version

1

Diarienummer

LS-LED15-1003

Projektteamet upplever att projektets organisation med en övergripande projektledning i dialog med en styrgrupp har varit ett bra och effektivt sätt att arbeta. Det har också varit bra att ha en utsedd projektledare i varje team som varit ansvarig för driften av projektet. Projektledaren finns kvar i organisationen efter projektavslut och kan fortsätta införandet av idéer som i flera fall bara påbörjats.

Projektledningen har uppfattat från projektdeltagarna att det är svårt att hitta tid för förbättringsarbetet. Verksamhetscheferna upplever att de ger mandat för att avsätta tid men deltagarna har sedan svårt att prioritera projektarbetet när det väl ska göras eftersom arbetsbördan är så stor. Att ha inplanerade seminariedagar har upplevts positivt och stödet från projektledningen och strukturen som funnits beskrivs av teamdeltagarna som mycket bra, inspirerande och något de haft behov av.

7 Förslag till förbättringar

Gällande mätning av resultat av projektet kan kostateras att det inte är effektivt att göra kvantitativa mätningar vid verksamhetsutvecklingsprojekt i den skala som vi bedrivit här, i alla fall om syftet är göra före-efter-mätningar. Vi fick små grupper med resultat som inte kan jämföras. I små projekt som dessa bör man hålla sig till utvärderingar som är mer av kvalitativ karaktär ex intervjuer, enkätfrågor med öppna svar etc. Om man däremot bedriver små projekt som ingår i ett större sammanhang skulle man kunna ha mätetal som sedan kan läggas ihop från många projekt. I så fall behöver detta samordnas centralt av exempelvis utvecklingsenhet eller FoU-enhet så att rätt mätfrågor används.

8 Fortsatt arbete med införande av personcentrerad vård

I projektet Kroniskt Engagerad 2.0 Kroniskt Engagerad 2.0 har tvärprofessionella team på fyra vårdcentraler i landstinget Sörmland tillsammans med sina patienter utvecklat vårdprocesserna för kroniskt sjuka patienter. Övergripande insikter är att patienterna önskar ökad kunskap om egenvård, ökad tillgänglighet och kontinuitet, att bemötandet är viktigt och att man som kroniskt sjuk sällan blir tillfrågad om psykiskt mående.

Införandet av personcentrerad vård fortsätter i Landstinget Sörmland utifrån *Beslut om inriktning för personcentrerad vård 2016-2019, (LED15-1422-1)*. Några delar av detta arbete innebär bildandet av Experiolab Sörmland, spridning av metodbok för personcentrerade vårdtjänster, webbutbildning i personcentrerad vård, genomförande av tjänstedesignprojekt i samarbete med Oxelösund kommun och FoU i Sörmland. Införande av riktlinjen för trygg och effektiv hemgång genom personcentrerad vård och tjänstedesign. Forskning kommer också bedrivas på projekten av en flexit-forskare (Riksbankens jubileumsfond) som forskar på *Personcentrerad genom tjänstedesign. Erfarenhet som drivkraft för institutionell förändring inom vård och omsorg*.

Projektteamen står nu inför den stora utmaningen att testa och införa sina idéer i verksamheten. Tidigare erfarenheter är att införandearbetet står för den kanske mest utmanande delen av en förändringsprocess. Därför kommer deltagande projektteam att erbjudas fortsatt stöd av

Projektbeställare

Aina Nilsson, Divisionschef, Division Primärvård

Projektledare

Linda Lännerström

Projektname

Kroniskt Engagerad 2.0

Datum

2017-04-06

Version

1

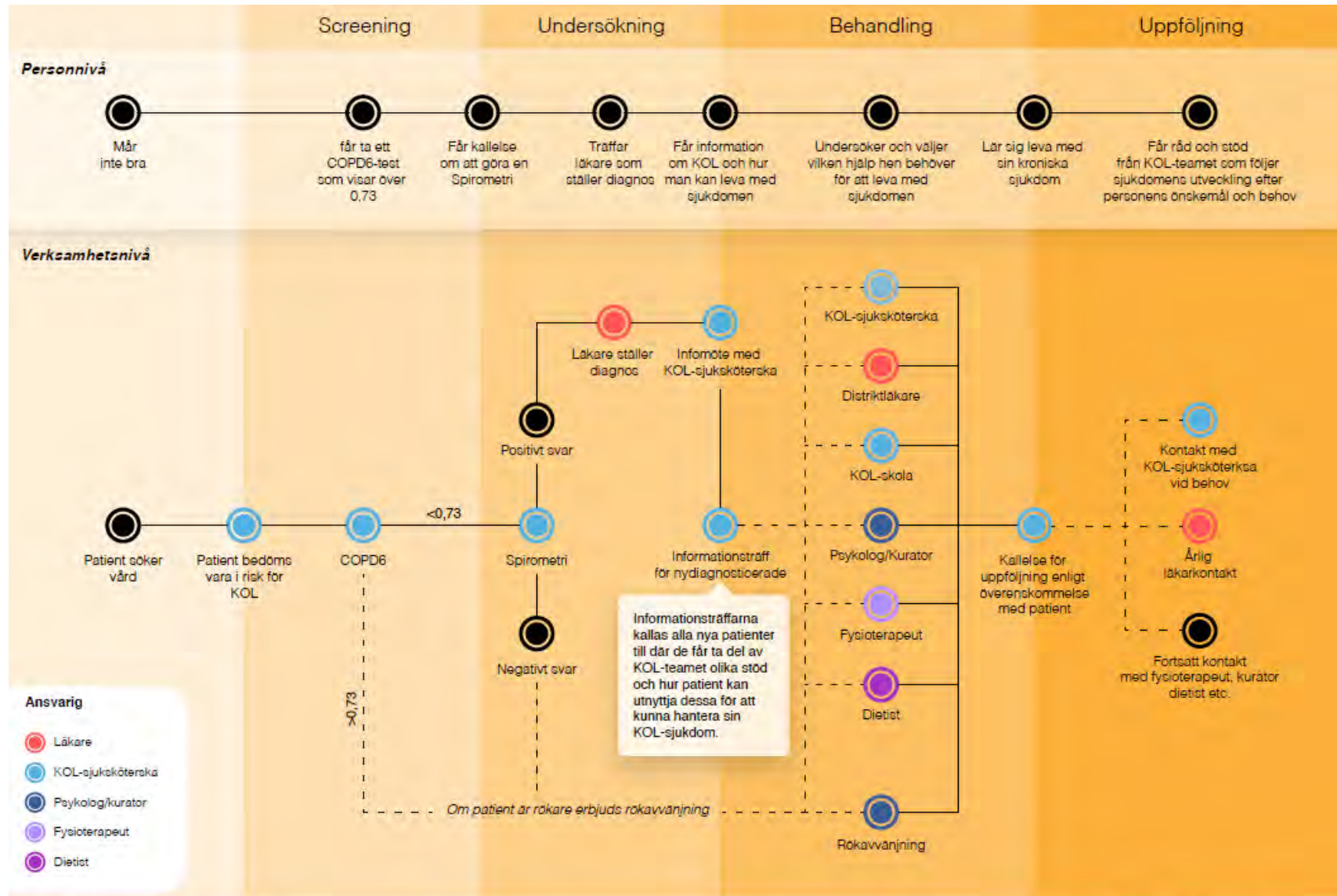
Diarienummer

LS-LED15-1003

verksamhetsutvecklare i primärvården. Ett fortsättningsprojekt om att utveckla ett koncept för hälsosammare utbud i sjukhuscaféer kommer också att drivas på vårdcentralen Linden med stöd från verksamhetsutvecklare i primärvården.

9 Bilagor

9.1 Bilaga 1 Tjänstekarta KOL-slussen



9.2 Bilaga 2 KOL-guiden

FÖR DIG SOM ÄR ANHÖRIG

Som nära anhörig till någon med KOL kan du göra mycket för att hjälpa till.

Lär dig så mycket som möjligt om sjukdomen

Genom att förstå hur sjukdomen påverkar en människa blir vardagen lättare. Sjukdomen gör t.ex. att konditionen försämras rejält vilket innebär att personer med KOL orkar mindre än de tidigare gjort.

Prata om hur personen mår

Med tanke på hur svårt livet kan vara för den som har svår KOL är det inte ovanligt att relationerna med vännerna blir lidande. Man orkar inte umgås som förr och det kan vara svårt att prata om varför. Diagnosen är ofta även belagd med skuld och skam.

Ta dig tid att lyssna på din anhörige så du vet vad hen går igenom. Genom att prata med personen om hur denne mår blir det lättare att förstå och anpassa vardagen utifrån dennes förutsättningar.

Var ett stöd

Genom att känna till om den anhöriges förutsättningar och behandlingsplan kan du vara ett ovärderligt stöd. Peppa och uppmuntra personen ofta kring motion, kost och andra livsstilsförändringar. Även om KOL är en kronisk sjukdom betyder det inte att vardagen måste bli tråkigare. Tvärtom kan den innehålla mycket skratt och nöje.

☎ Ring oss!

Rådgivning/tidsbokning
Tel: 0155-24 56 70

Astma/KOL-sjuksköterska
Tel: 0155-24 56 70

Rökavvänjare
Tel: 0155-24 56 70

Sjukgymnast
Tel: 0155-24 56 86

Arbetsterapeut
Tel: 0155-24 56 88

Dietist
Tel: 072-731 09 73

Kurator
Tel: 0155-24 71 73

Besök oss

Bagaregatan 3D, 811 31 Nyköping
Öppet Mån-Fre 07:30 - 17:00

När vi har stängt, ring 1177 Vårdguiden
Vid en akut situation ring 112

Behandlingskarta 1.5. Baserad på material från
1177 Vårdguiden och riktlinjer från Landstinget Sörmland



Vi behandlar KOL

VARDCENTRALEN
BAGAREGATAN
NYKÖPING

OM DIAGNOSEN

KOL är en lungsjukdom som beror på att lungorna har skadats, bland annat så att luften blir trängre än normalt. Man kan då få svårare att andas, känna sig trött, orka mindre och få svårt att ta upp syre.

Sjukdomen orsakas oftast men inte alltid av tobaksrökning och utvecklas långsamt under flera år. I början kan man ha ganska lindriga besvär, men om man fortsätter att röka och sjukdomen förvärras kan det bli svårt att klara av även enkla vardagsysslor utan hjälp.

KOL beräknas drabba mellan 400 000 och 700 000 svenskar. Det är en av våra folksjukdomar. Även om sjukdomen inte går att bota så finns det många saker som vi tillsammans kan göra för att du ska må bättre och för att bromsa sjukdomen.

OM BEHANDLINGEN

Att sluta röka är det enda som kan stoppa utvecklingen av sjukdomen. De flesta brukar må bättre efter rökstopp. Sjukvården har idag resurser och väl beprövade metoder för att hjälpa människor att sluta röka. Om du vill ha hjälp att sluta röka kan du få hjälp via specialutbildad personal, sluta-röka-linje på telefon, forum på internet eller appar till mobiltelefon.

Den skada som redan har skett på lungorna går inte att reparera. En viktig del av behandlingen är att få hjälp att kunna leva ett så vanligt liv som möjligt, genom information om sjukdomen, fysisk aktivitet och läkemedel.



Diagnosen

Dina spirometrivärden:

FÖRSTA TIDEN

Påbörja rökavvänjning

Optimera mediciner

Berätta för dem som är nära dig

Träffa sjukgymnast

LÄNGRE FRAM

Skaffa hjälpmedel

Kostråd med dietist

Prata med kurator

Patientutbildning

Regelbunden uppföljning hos läkare och/eller astma/KOL-sjuksköterska

BEHANDLINGAR

KOL behandlas till största delen med livsstilsförändringar som att sluta röka, bli mer fysiskt aktiv och ändra sina kostvanor. Som komplement finns också medicinsk behandling för lungsjukdomen och ibland kan behandling för nedstämdhet eller depression också hjälpa.

Påbörja rökavvänjning

Den viktigaste åtgärden om du drabbats av KOL och röker är att sluta röka eftersom rökning påskyndar lungornas åldrande och försämrar lungornas elasticitet. Ett rökstopp medför att den stadiga försämringen i lungfunktionen bromsas markant – vilket bidrar till väsentligt förbättrad livskvalitet. Bromsas sjukdomsförloppet upp i tid kan man slippa komplikationer som avmagering, kraftlöshet, andningssvikt och belastning på hjärtat. Kraftigt försämrad lungfunktion innebär en stor påfrestning på hjärtat då det ska pumpa blod genom de påverkade lungorna. Vi kan ge god hjälp och handledning i din tobaksavvänjning.

Boka en tid
Kontakta vår tobaksavvänjare via sjuksköterskerådgivningen, 0155-24 56 70.

Optimera medicinering

Medicin används främst för att lindra de dagliga symtomen, men ges ibland också för att minska antalet perioder då sjukdomen försämrar. I många fall blir medicineringen bra från första försöket men ibland kan det ta flera månader att hitta rätt medicin och dos/styrka. Det är viktigt att man med sin läkare gör en utvärdering av varje läkemedel som provas. Spirometriundersökning kan ge viss vägledning, men viktigast är hur man själv mår, då olika människor reagerar olika.

Förnya dina recept i god tid via 1177 Vårdguidens e-tjänst eller genom att ringa 0155-24 56 70 där du får prata med en sjuksköterska som lämnar meddelande till läkare för förnyelse.

Förkylningar och infektioner är ofta orsak till tuffa försämringsperioder. Prata med din läkare eller sjuksköterska om hur du kan förebygga med exempelvis influensavaccination som vi erbjuder gratis till personer med kronisk lungsjukdom. Det är också bra om du tar pneumokockvaccin.

Motionera regelbundet

Sjukgymnasten spelar en viktig roll för att du som drabbats av KOL ska kunna återhämta dig fysiskt.

Sjukgymnasten kan ge råd om effektiv andningsteknik, och hur man skonsamt kan hosta upp slem.

Med hjälp av en sjukgymnast kan du också prova ut ett träningsprogram som kan mjuka upp kroppen, stärka arm- och benmuskler och förbättra konditionen. Du kan också få "fysisk aktivitet på recept" (FAR) som kan användas för träning i hemmet, på vårdcentralen eller annan plats.

Boka en tid
Kontakta vår sjukgymnast, 0155-24 56 86.

Förnya dina kostvanor

KOL ger ökad energiförbrukning till följd av ökat andningsarbete. Det är även vanligt med besvär som minskad aptit, tidig mättnad samt andnings-svårigheter i samband med måltid. Dessa faktorer ger en ökad risk för viktmedgång, förlorad muskelmassa och undernäring. Dietisten kan hjälpa dig att optimera matintaget efter dina förutsättningar.

Boka en tid
Kontakta vår dietist, 072-731 09 73.

Skaffa hjälpmedel

En arbetsterapeut kan hjälpa till med tekniska hjälpmedel och anpassning av bostaden samt ge råd kring bra arbetsteknik och hur man utför vardagliga sysslor. Att ta pauser ofta är ett tips för att orka mer. Ibland behövs hembesök för att bedöma vilken hjälp du behöver och då får du hjälp från kommunens arbetsterapeut.

Boka en tid
Kontakta vår arbetsterapeut, 0155-24 56 88.

Prata med en kurator

Att drabbas av en kronisk sjukdom kan vara psykiskt påfrestande både för den drabbade och för anhöriga. Många med svår KOL och kronisk andningssvikt isolerar sig. Av rädsla för att bli sämre kan det vara svårt att våga sig ut och delta i aktiviteter. Samtalsstöd med en kurator kan vara till god hjälp.

Boka en tid
Kontakta vår kurator eller psykolog, 0155-24 71 73.

HÄNDELSER

Regelbunden kontroll

För att hålla uppsikt på din hälsa och välmående så föreslår vi att du kommer på en regelbunden kontroll hos vår astma/KOL-sjuksköterska.

Boka en tid
Kontakta vår astma/KOL-sjuksköterska via sjuksköterskerådgivningen, 0155-24 56 70.

Vad gör jag vid försämring?

Om du blir försämrad ring till sjuksköterskerådgivningen på vårdcentralen tel 0155-24 56 70. Det kan vara bra att berätta för sjuksköterskan att du har KOL.

DET HÄR KAN DU GÖRA SJÄLV

Sätta upp mål

Ett av målen med din behandling är att undvika försämringsperioderna så långt det är möjligt. Sätt upp mål tillsammans med din astma/KOL-sjuksköterska eller läkare och ordna så att ni fyller i en skriftlig behandlingsplan utefter dina behov. Du kan själv också ta kontakt med exempelvis en sjukgymnast.

Berätta för dem nära dig

Ju mer dina anhöriga vet om din sjukdom desto lättare blir det att leva och ha kul tillsammans. Be dem läsa den här informationen och var inte rädd för att prata om hur du mår.

Lär dig mer om KOL

Film: En film om KOL
<https://www.youtube.com/watch?v=Qfw3BAvZels>
En film från Riksförbundet HjärtLung i samarbete med Drakfilm.

Läs mer på 1177.se
1177.se/fakta-och-rad/Sjukdomar/KOL---kroniskt-obstruktiv-lungsjukdom/

9.3 Bilaga 3 Blodtrycksbåten

Checklista för "Blodtrycksbåten"

Vilka förväntningar har du på detta samtal?

Skriv här: _____

Vad vet du om högt blodtryck?

Skriv här: _____

Hur ser ditt liv ut idag?

• Motion:

• Kostvanor:

• Stress:

• Alkohol:

• Rökning/enuening:

Tidigare sjukdomar (heriditet?)

Skriv här: _____

Fortsatt vårdplan:

Skriv här: _____

Dina egna mål:

Skriv här: _____

Kontaktinfo



Din vårdkontakt

016-104200

Namn: _____

Mina vårdkontakter

www.1177.se

Via mina vårdkontakter på nätet kan du beställa recept och hjälpmedel.



Blodtrycksbåten



LANDSTINGET SÖRMLAND
Vårdcentralen Frösunda



Hälsöval
På uppdrag av Landstinget Sörmland

Högt blodtryck (hypertoni)

Vad är det?

Blodtrycket är det tryck som uppstår i blodkärlen när blodet drivs från hjärtat ut i kroppen och senare tillbaka till hjärtat. Ett blodtryck högre än 140/90 anses som högt.



Är det farligt?

Högt blodtryck försvårar hjärtats pumparbete och kan vara allvarigt om du inte får det behandlat. Högt blodtryck ökar risken för stroke, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, njursjukdom, demens och försämrad blodcirkulation i benen. Har man andra sjukdomar samtidigt (diabetes, höga blodfetter, njursjukdom, reumatism, stroke, krampt/hjärtinfarkt) då blir risken för farliga åkommor större.

Varför jag?

Man kan inte exakta orsaken till 95% av fallen. Riskfaktorer för att man får högt blodtryck är framförallt årtfithet men även övervikt, ålder, rökning, stress, brist på motion och stillasittande livsstil. Ungefär en tredjedel av den vuxna befolkningen i Sverige har högt blodtryck.



Vad får jag för symptom?

De flesta känner inte av höga blodtrycket oavsett om det ligger lite eller mycket högre än gränserna, vissa kan få lätt huvudvärk eller trötthet. Mycket höga blodtrycksvärden kan ge akuta symptom och kan leda till hjärnblödning.

Vill du veta mer?

För mer information om blodtryck kan du besöka 1177.se eller fråga din vårdkontakt.

Behandling av högt blodtryck

Hur behandlar man?

Det beror alltid på blodtrycksvärden och samsjuklighet (andra sjukdomar) om man ska börja med blodtrycksmediciner direkt. I alla fall är livsstilsförändring en stor del av behandlingen (rökning, kostvanor, motion, alkoholintag, stresshantering, vikt). Alla dessa behandlingar är livslånga.

Vad finns det för mediciner?

Det finns många mediciner som fungerar på olika sätt och ibland kan det behövas kombinationsbehandling för att nå målblodtrycket. Liksom alla mediciner har även blodtrycksmediciner risk för biverkningar som är i stort sett inte skadliga eller permanenta jämfört med risken av ett obehandlat högt blodtryck som är farigare.



Vad innebär att behandlas mot högt blodtryck?

Målet med behandling är du ska må bra och kunna leva med en hälsosam livsstil med en eventuell blodtrycksmedicinering. Genom att hålla ett normaliserat blodtryck får du ingen ökad risk för farliga åkommor.

Hur kan jag ändra min livsstil?

De livsstilsfaktorer som påverkar din hälsa är kost, rökning och alkohol, motion och stresshantering. Forskning visar att blodtryck och risk för hjärt- och kärlsjukdomar minskar vid rökstopp, viktneigång, neddragning av överkonsumtion av alkohol, fysisk aktivitet och att dra ned på salt i kosten.

Kost:

Balanserad kost är viktig för att du ska minska risken för hjärt-kärlsjukdom och ytterligare sjukdom. Vi rekommenderar att äta enligt Tallriksmodellen som visar hur maten kan fördelas på tallriken för att få en bra balans i måltiden. Du kan också försöka minska på saltet i maten.



Rökning, anusning och alkohol:

Tobak och alkoholöverkonsumtion kan höja blodtrycket och öka risken för hjärtåkommor. Riskbruk av alkohol innebär för män 15 standardglas/vecka eller 5 standardglas/tillfälle, för kvinnor 10 standardglas/vecka eller 4 standardglas/tillfälle.



Psykisk hälsa:

Psykisk ohälsa är vanlig i samband med annan sjukdom och kan ge symptom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnevårigheter. Stress är starkt kopplat till depression och ångest. Både stress och störd sömn kan orsaka eller förvärra hjärt-kärlsjukdom. Psykisk hälsa betyder olika saker men bland annat kan det vara att skapa sig ett liv som upplevs som meningsfullt, där du får använda dina resurser, känner dig delaktig i samhället och kan hantera livets normala motgångar.

Motion

Motion är ett effektivt sätt att förebygga hjärt-kärlsjukdom och en lång rad av de vanligaste kroniska sjukdomarna och motverkar också psykisk ohälsa och stressrelaterade åkommor. Vi rekommenderar 30 minuter fysisk aktivitet per dag.



Blodtrycksbåten

Blodtrycksbåten kallar vi vår nya insats för att hjälpa patienter med högt blodtryck följa sin behandling och stötta dem i att ändra till en mer hälsosammare livsstil. Insatsen går ut på att patienter får stöd av ett team bestående av nedan beskrivna professioner som samordnas av en personlig vårdkontakt. Vårdkontakten kopplar ihop patienten med rätt profession utifrån patientens behov.



Din vårdkontakt

Din kontaktperson på vårdcentralen blir den som du först kommer i kontakt med (kan vara en undersköterska eller sjuksköterska). Kontaktpersonen kommer att följa din utveckling och ditt blodtryck. Om du har du funderingar så finns det då möjlighet att prata med någon som känner dig.



Läkare

Om det finns behov av att träffa en läkare för ditt höga blodtryck så planeras detta in under processen. Du och din läkare fattar tillsammans beslut om din behandling som kan vara livsstilsförändringar och/ eller tabletter.



Sjukgymnast

Behöver du tips och råd hur du kan komma igång att träna så kan sjukgymnasten hjälpa dig.



Dietist

Dietisten har grupper för information om hälsosamma kostvanor för dig med högt blodtryck.



Beteendeterapeut

Att få högt blodtryck, att ändra sin livsstil och/eller börja med mediciner kan upplevas svårt och utmanande. Hos beteendeterapeuten kan du få råd och/eller samtalstöd för att hantera detta.



Individuell
behandling

Grupp
behandling

9.4 Bilaga 4 Min diabetes




Vill du veta mer om hur du kan förbättra dina värden?

Nedanstående sidor innehåller kostråd och information om diabetes:

<http://www.1177.se>
www.livsmedelsverket.se

Kontakta oss:

Diabetessjuksköterska

 016-104376

Vi ringer upp dig:

Vardagar mellan klockan
11:00 - 12:00

Mina vårdkontakter

 www.1177.se

Via mina vårdkontakter på nätet kan du beställa recept och hjälpmedel.

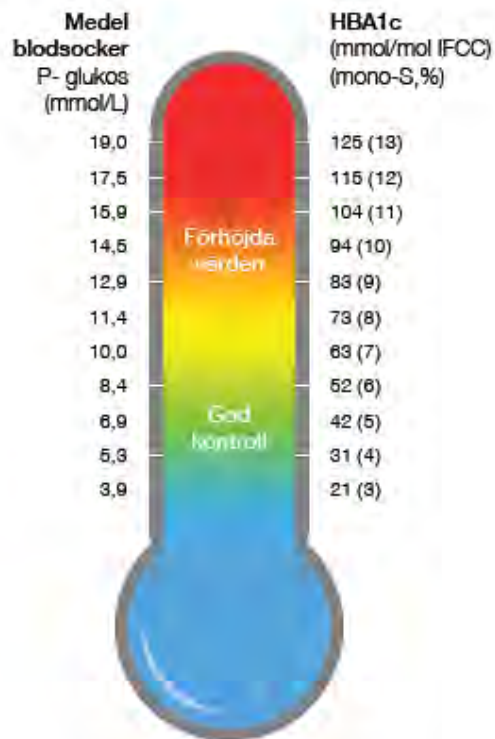


Min diabetes

 LANDSTINGET SÖRMLAND
Vårdcentralen Skiftinge

 **Hälsoval**
På uppdrag av Landstinget Sörmland

Långtidsblodsocker:



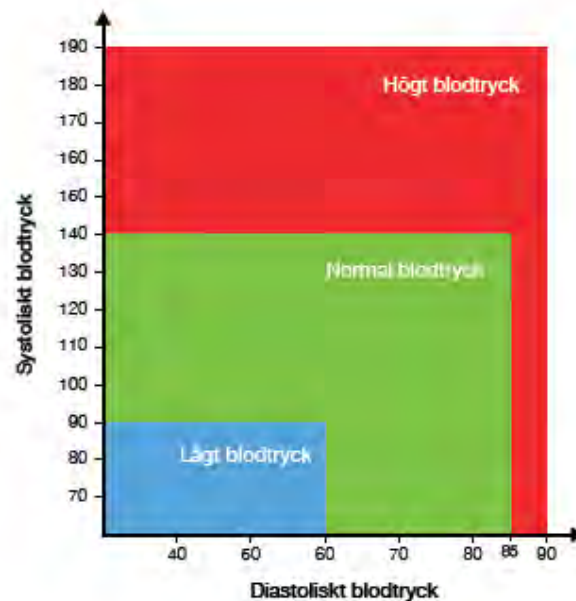
Mitt HbA1c värde är idag:

_____ mmol/mol.

Mitt målvärde är:

_____ mmol/mol.

Blodtryck:



Mitt blodtrycksvärde är idag:

_____ mmHg

Mitt målvärde är:

_____ mmHg

Mina aktiviteter för bättre hälsa:

Skriv ner förändringar du tänker göra för att förbättra din hälsa:

Skriv ner hur det går och vad du upplever är svårt med aktiviteterna:

9.5 Bilaga 5 Besökshjälpen

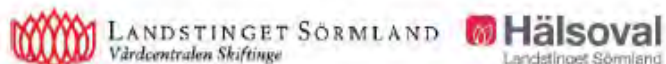
Hur var ditt möte?

Vi på Skiftinge Vårdcentral vill gärna veta vad du tycker. Lämna gärna dina synpunkter på:

www.landstingetsomland.se/skiftinge/lamna-synpunkter

Besökshjälpen är ditt stöd före, under efter ditt möte

Välkommen till oss på
Vårdcentralen Skiftinge



Välkommen åter!

Så här når du oss:

Rådgivning/tidsbokning	016-10 43 00
Samordningssköterska kl. 11.00-12.00	076-7219297
Sjukgymnast kl. 11-00-12-00	016-10 43 59
Arbetssterapeut	016-10 43 37
Beteendevetare	016-10 43 49
Psykolog	016-104306/104356



Dagens datum



Jag ska träffa



Fast vårdkontakt

--	--	--



1. Fyll i formuläret själv innan ditt möte.

1. Vad vill du prata om vid detta besök?

2. Hur är ditt allmänna mående i dagsläget?

3. Är det något du är orolig för?

4. Har du tänkt att mötet ska leda till något speciellt?

Tänk på att ta upp det du tycker är viktigast först i ditt möte.

Välkommen in.



2. Gå igenom tillsammans och anteckna det du vill komma ihåg.

Idag har vi pratat om...

Vi kom fram till...

Ändringar i mina mediciner Ja, följande Nej

Efter mötet ska vårdcentralen...

Eventuella provsvar meddelas via: Brev Telefon Återbesök

Efter mötet ska jag själv...

9.6 Bilaga 6 Enkät personal

En enkät har lämnats ut till den personal som deltagit i projektteamen från vårdcentralerna. Före-mätningen besvarades av 24 personer som vid den tidpunkten trodde de skulle vara med i projektet. Elva som arbetade på de i projektet deltagande vårdcentralerna fullföljde projektet och av dessa besvarades eftermätningen av 9 personer.

Frågorna i enkäten handlade om personcentrering och patientmedverkan i den egna verksamheten. Frågorna besvarades på en skala mellan 1-5 där 1=Tar helt avstånd, 5=Instämmer helt. Vid analysen grupperades svaren i svar 1 och 2, 3, 4 och 5.

Personalen fick också i samband med slutseminariet besvara några frågor om prototypning samt om effektmål. Frågan ” Jag känner att förutsättningarna på min arbetsplats för att använda patienter och deras närstående som en kontinuerlig resurs i vården ökat som en följd av deltagandet i projektet”. Svaren kunde anges på skalan 1-5 (5=instämmer helt, 1= instämmer inte alls).

9.7 Bilaga 7 Enkät patienter



Utvärdering av patientmedverkan i projektet Kroniskt Engagerad 2.0

Du har någon eller flera gånger varit inbjuden till aktiviteter i projektet Kroniskt engagerad 2.0. Projektet är en del av landstinget Sörmlands satsning på att göra vården mer personcentrerad och för att utveckla och förbättra vården för patienter med kronisk sjukdom som går på vårdcentral.

Nu undrar vi hur du upplevt att delta i de aktiviteter som förekommit och ber dig besvara denna enkät för att vi ska kunna förstå vad som upplevs bra och mindre bra. Resultatet kommer att användas vid fortsatt arbete med personcentrerad vård i Landstinget Sörmland. Vi behandlar enkäterna konfidentiellt och du kommer inte kunna identifieras i materialet.

Du kan antingen besvara enkäten här på papper eller via webben på adress:

<https://sv.surveymonkey.com/r/patientutvardering>

Har du frågor om projektet eller om denna enkät kan du vända dig till projektledare Linda Lännerström, 072-145 79 22 eller linda.lannerstrom@dil.se

Tack för din medverkan!

* 4. Genom att delta i aktiviteter i projektet Kroniskt Engagerad 2.0 har jag känt mig sedd

- Ja
- Nej
- Vet inte

* 5. Genom att delta i aktiviteter i projektet Kroniskt Engagerad 2.0 har jag känt mig hörd

- Ja
- Nej
- Vet ej

* 6. Genom att delta i aktiviteter i projektet Kroniskt Engagerad 2.0 har jag getts möjlighet att bidra till utvecklingen av personcentrerad vård

- Ja
- Nej
- Vet ej

1. Jag deltog vid aktiviteter anordnade av:

- Vårdscentralen Bagaregatan
- Vårdscentralen Frösunda
- Vårdscentralen Linden
- Vårdscentralen Skiffinge
- Projektledning (Hanna Lundstedt och/eller Linda Lännerström)
- Annan beskriv vem

* 2. Jag har deltagit i följande aktiviteter under projektets gång:

- Seminarium
- Intervju
- Patientråd
- Tyck-till-läda
- Öppet Hus
- Matlagningskurs
- Enkät
- Annat, beskriv vad

* 3. Beskriv vad deltagandet i aktiviteten/aktiviteterna har gett dig

Fråga 7-10 besvaras endast av dig som deltagit i patientråd

* 7. Hur upplevde du att delta i patientråd?

Mycket negativt	Negativt	Varken negativt eller positivt	Positivt	Mycket positivt	Vet ej
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 8. Fick du möjlighet att dela med dig om dina reflektioner kring hur vården fungerar för dig?

- Ja
- Nej
- Vet ej

* 9. Min delaktighet i vården har ökat genom min medverkan i patientråd

Instämmer inte alls					Instämmer helt	Vet ej
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 10. Var det något som upplevdes svårt eller negativt med patientrådet?

- Ja
- Nej
- Vet ej

11. Beskriv vad du upplevde som svårt eller negativt med patientrådet.

Guidebook for designing person-centered healthcare services

A photograph showing the back and shoulder of a person with short brown hair, wearing a grey and white striped sweater. They are standing in a workshop or office environment. The background is filled with whiteboards covered in various diagrams, sketches, and handwritten notes. Some diagrams include flowcharts, circular diagrams, and architectural-like drawings. The overall atmosphere is one of creative collaboration and professional development.

Guidebok för utveckling av personcentrerade vårdtjänster

1. Inledning

Denna bok är till för dig som söker stöd vid utveckling av personcentrerade vårdtjänster.

Metodboken är framtagen i projektet Kroniskt Engagerad 2.0 som är en del av satsningen på införande av Personcentrerad vård i Landstinget Sörmland och bygger på de samlade erfarenheterna från projektet och satsningen.

Författare

Albin Andersson

Tjänstedesigner, RISE Research Institutes of Sweden AB, RISE Service Labs

Hanna Lundstedt

Samordnare Personcentrerad vård, Landstinget Sörmland.

Linda Lännerström

Projektleddare Kroniskt Engagerad 2.0, Landstinget Sörmland

Innehållsförteckning

1. Inledning
 1. Hur fungerar boken?
 2. Fokusförflyttning
 3. Personcentrerad vård
 4. Utvecklingsmodell
2. [Innan du börjar](#)
3. [Datainsamling och analys](#)
4. [Utveckla idéer och prototyper](#)
5. [Implementering](#)
6. [Fördjupning](#)
7. [Mallar](#)

Hur fungerar boken?

Denna bok är din egna och den är gjord utifrån viljan och förhoppningen att du ska utveckla den vidare utifrån dina egna erfarenheter och verktyg som du själv har eller samlar på dig. Därför är den digital och gjord i PowerPoint för att kunna användas av så många som möjligt och vara lätt att utveckla vidare.

Boken innehåller sju kapitel. Första kapitlet ger bakgrund boken och om innehållet i personcentrerade vårdtjänster. Kapitel två till fem beskriver en utvecklingsprocess olika steg. Varje kapitel beskriver metoder som kan användas i de olika stegen samt vilka förutsättningar som behövs för att kunna utnyttja dem på bästa sätt. Kapitel sex innehåller källor till fördjupning och vidare stöd i utveckling av personcentrerade vårdtjänster. Sista kapitlet innehåller mallar och verktyg kopplat till metoderna som beskrivs i kapitel två till fem.

Var varje metod kan utnyttjas i utvecklingsprocessen är illustrerat med en ikon i övre högra hörnet. De metoder som har en mall/verktyg är också markerade med en ikon. Se exempel till höger.

Ikonen illustrerar var i utvecklingsprocessen metoden kan utnyttjas

Desktop walkthrough

Vad behöver förberedas för att genomföra denna aktivitet?

- En ritning/modell av en vårdcentral/miljö.
- Leggobubbar eller motsvarande som man kan spela upp scenarion med.
- Bjuda in patienter

Denna metod går ut på att spela upp olika scenarion för hur en tjänst används och vilka interaktioner som uppstår mellan användaren/patienten och organisationen. Det kan göras internt i arbetsgruppen eller tillsammans med användaren/patienten.

Metoden genomförs genom att bygga upp en vårdcentral i lego, i kartong eller använd en ritning och spela tillsammans med patienten upp ett vårdbesök som hen gjort. Diskutera vad som händer och varför. Vad gick bra och dåligt och varför? Glöm inte skriva ner vad ni kommer fram till.

Denna metod fungerar lika bra för att prototypa idéer på lösningar.

Metodbok - Utveckling av personcentrerad vård
Datainsamling och analys

28

LANDSTINGET SÖRMLAND

Denna ikon illustrerar att det finns en mall/verktyg för att använda till denna metod

På vissa metoder finns det en ikon här som illustrerar att metoden även går att använda i en annan fas av projektet.

Fokuspöflyttning

Dagens samhälle ställer höga krav på vårdens verksamheter. Den ökande kunskapsnivå, tillgänglighet till information och teknisk utveckling bland medborgare leder till ökade krav och förväntningar på hälso- och sjukvårdens tjänster¹. Medborgare förutsätter att deras individuella behov blir tillgodosedda eftersom det är vad de upplever hos andra tjänsteleverantörer ute i

samhället². För att möta dessa krav behöver du som utvecklare personcentrerade vårdtjänster göra en fokuspöflyttning. Att du fokuserar på att skapa värde för patienten och att mäta effekt-av insatsen, t ex frisk patient (effekten) och inte behandlingen i sig (prestationen).

- **Behandlingsfokus: Verksamhetens behov**
- Patient som mottagare
- Prestationsmätt
- Yttre motivation
- Akut hantering av symptom

- **Patientfokus: Människors behov**
- Människor som medskapare
- Effektmätt
- Inre motivation
- Förebyggande och förståelse för bakomliggande orsaker

¹Sveriges Kommuner och Landsting. (2015). *Positionspapper – En innovationsvänlig offentlig verksamhet* [Online]. Sveriges Kommuner och Landsting. Available: <http://webbutik.ski.se/sv/artiklar/positionspapper-en-innovationsvanlig-offentlig-verksamhet.html>

²Quist, J. and Fransson, M. (2014). *Tjänstelogik för Offentlig förvaltning – en Bok för Förnyelsebyråkrater*, Liber AB, Stockholm

Personcentrerad vård

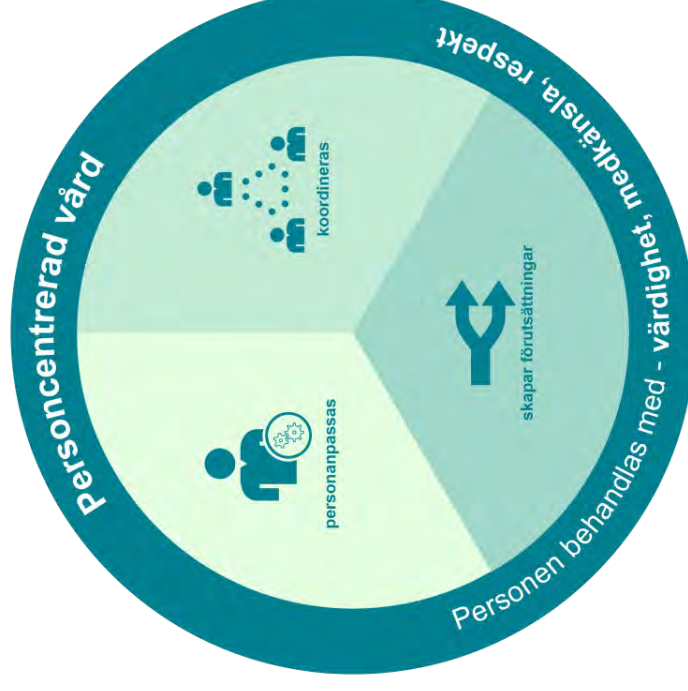
Personcentrerad vård handlar om att kunna erbjuda vårdtjänster som är anpassade efter behov och resurser hos patienten. När vården blir en tjänst blir mötet mellan profession och patient mer jämlikt och ett naturligt partnerskap ingår. I partnerskapet möts personen av värdighet, medkänsla och respekt. Patienten får stöd i att utveckla sin kunskap och förmåga för att kunna göra de aktiva och informerade beslut som krävs för att ta hand om sin hälsa. Vården är då samskapad och koordinerad för att passa den enskilda personens behov (se *bild till höger*).

Varför är detta viktigt?

När personcentrerad vård erbjuds systematiskt och effektivt har vården större möjlighet att möta enskilda personers behov och förväntningar. Forskning visar att effekterna av personcentrerad vård är förbättrade kliniska resultat, ökad kostnadseffektivitet och ökad personalnöjdhet. Att införa personcentrerade-vård är också att leva upp till världens skyldigheter med den nya patientlagen (2014:821).

Ingen "quick fix"

Att införa personcentrerad vård är kräver ett omfattande förankrings- och utvecklingsarbete, både på organisations-, enhets- och medarbetarnivå. Det är ett arbete som behöver ske under lång tid eftersom det berör både personers förhållningssätt, rådande kultur på arbetsplatsen, nya arbetssätt och förnyelse av vårdens organisation och människors förväntan på vården.



Vill du veta mer?

<http://www.landstingetsormland.se/Personcentreradvard>
<http://personcentredcare.health.org.uk/>
[http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-
vard/Oversikt/](http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-
vard/Oversikt/)

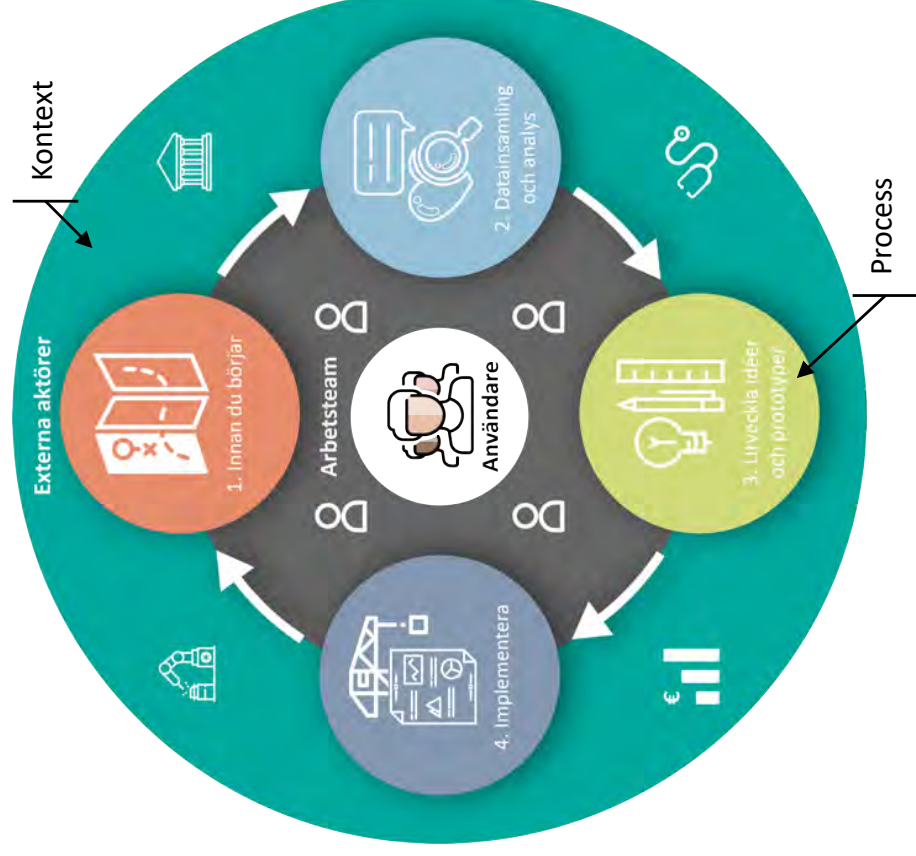
Utvecklingsmodell

Den utvecklingsmodell som denna metodbok bygger på har sitt ursprung i tjänstedesign. Tjänstedesign är en allt mer använd process för utveckling av hälso- och sjukvårdstjänster.

Tjänstedesign är ett iterativt (uppreparande) angreppssätt för att lösa utmaningar och problem utifrån ett helhetsperspektiv med användaren i fokus. Fokus är att förstå användarens (patientens) behov och hur patienten upplever användningen av en tjänst. Upplevelserna av de olika interaktioner som uppstår före, under, efter och mellan användning samlas in. Utifrån denna kunskap (data) byggs sedan lösningar iterativt. Lösningarna som utvecklas fokuserar på att ge värde för både användare och organisation.

Vi har valt att använda en generell utvecklingsmodell som innehåller två olika nivåer; Processen och den kontext som man kommer förhålla sig till i utvecklingsprojektet.

Det viktigaste är inte vilken modell som används utan att du förstår vad den går ut på, att den passar dina utvecklingsbehov och hjälper dig att nå uppsatta mål.



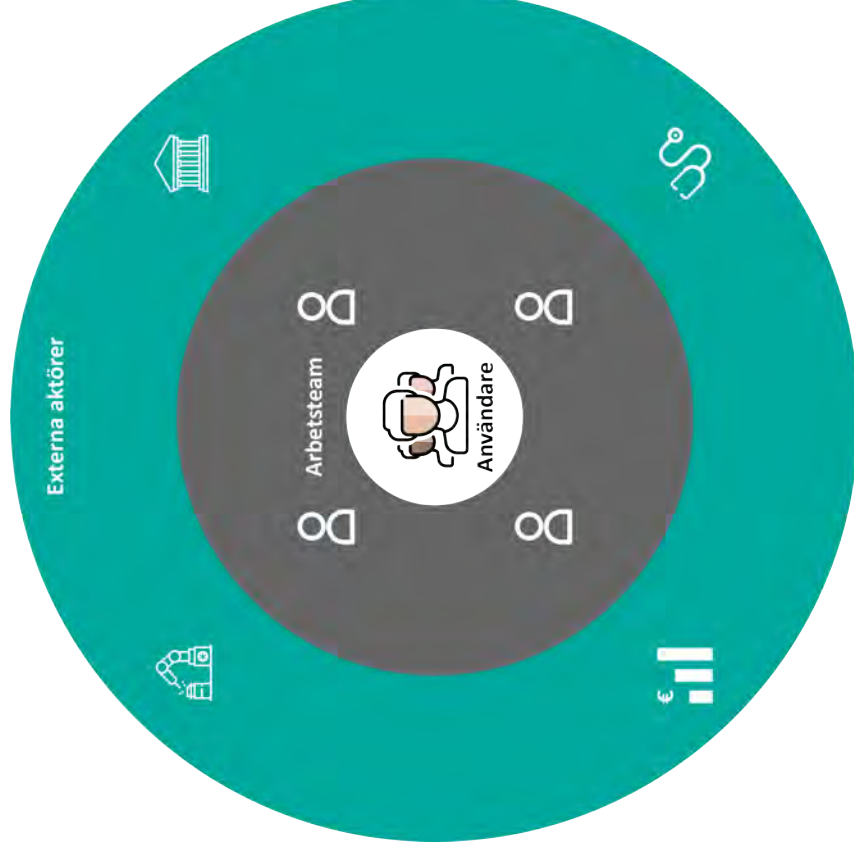
Utvecklingsmodell - Kontexten

Användare, arbetsteam och externa aktörer är de tre sammanhang som ni behöver förhålla er till när ni utvecklar nya vårdtjänster.

Användare är den mest centrala då utvecklingsmodellen är användarcentrerad vilket betyder att den utgår ifrån användarens behov, förutsättningar och problem.

Arbeteam kommer under arbetets gång att arbeta med att förstå användarens upplevelser och behov och översätta denna kunskap till berörda externa aktörer. Dessa aktörer involveras och deras kunskap och resurser används sedan vid införandet av nya bättre vårdtjänster.

Externa aktörer syftar på de aktörer som kommer vara mottagare av arbetsteamets resultat, som kan sitta på specifik kunskap eller vara finansierare. Externa aktörer kan också syfta på lagstiftning och regelverk, och de som skapar dessa samt även olika lösningsleverantörer som läkemedel eller teknikbolag som kan hjälpa er att implementera er framtagna lösning.



Utvecklingsmodell - Processen

Utvecklingsprocessen i modellen består av 4 steg och det är en iterativ process. Med det menas att processen inte är linjär utan tillåter att man går fram och tillbaka i processen utifrån de lärdomar och kunskap som bildas vilket kan kräva att man gör om vissa aktiviteter.

1. Innan du börjar

Fokuserar på att skapa rätt förutsättningar för det utvecklingsarbete som ska utföras i projektet. Det kan handla om att formulera en bra utvecklingsfråga eller definiera en effektiv logik för de lösningar man vill skapa.

2. Datainsamling och analys

Är det viktigaste steget och fokuserar på att identifiera och förstå de behov och problem som användare har och hur de uppstår. Våga stanna i detta steg längre än vad du kanske är bekväm med för att ju mer arbetsgruppen vet om behoven och problemet ni försöker lösa ju bättre lösning kommer ni kunna utveckla.

3. Utveckla idéer och prototyper

Utifrån den kunskap arbetsgruppen fått från datainsamlingen utvecklar ni idéer och prototyper på lösningar som är behovsbaserade och skapar värde för era användare och er organisation.

4. Implementera

Förbered för och implementera framtagna lösningar i organisationens vardagliga arbete och fortsätta att utveckla för att inte gå tillbaka till gamla vanor.





2. Innan du börjar

Innan du börjar



Att jobba med utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvård är utmanande. För att nå förändring behöver föräldrad teknik men även organisationskultur och maktstruktur förändras.

För att hjälpa dig att skapa bästa förutsättningar för att hantera dessa utmaningar har vi tagit fram rekommendationer och verktyg som är bra att gå igenom innan du startar ditt utvecklingsprojekt.

Kapitlet innehåller följande:

- Skapa arbetsteamet
- Material, utrustning och miljö
- Finansiering
- Interna samarbetspartners
- Externa samarbetspartners
- Formulera din utvecklingsfråga
- Effektlogik
- Riskhantering
- Kommunikation
- Juridik

Skapa arbetsteamet



Arbetsgruppen är ditt viktigaste verktyg i utvecklingen av personcentrerade vårdtjänster oavsett vilka metoder eller verktyg du använder. Därför gäller det att skapa en så optimal arbetsgrupp som möjligt.

Här följer några principer att tänka på när du bygger din grupp:

- Säkerställ att arbetsgruppen får ett tydligt mandat av ledningen att driva projektet och att gruppen kan driva de frågor som de behöver för att genomföra projektet.
- Medlemmarna i arbetsgruppen ska vara av en heterogen blandning. De ska besitta olika kompetenser, komma ifrån de berörda verksamheterna och samtidigt vara prestigelösa. Med andra ord ska de inte se sin yrkestitel, kompetens och erfarenhet som viktigare än någon annans i teamet. Viktigt är också att ni tar in kompetens från andra områden än det specifikt berörda för att ge syre i form av nya synsätt, kompetens och nya utvecklingsmöjligheter.

- Inom arbetsgruppen ska det vara "högt i tak". Man ska få kunna ventilera sina känslor, tankar och få ha och göra fel. Att testa en lösning som sedan visar sig vara helt fel är ok och det ska vara efterfrågat.
- Alla medlemmar måste kunna använda digitala verktyg sedan tidigare, minimum är Microsofts Office paket (Word, Excel och PowerPoint). Att ha med någon som är duktig på att visualisera och sammanställa saker grafiskt är en fördel. Om detta inte är möjligt inled projektet då med att utbilda hela arbetsteamet i de digitala verktyg du vill att projektgruppen ska använda. Detta kommer spara mycket tid senare i ditt projekt.
- Den som leder arbetsgruppen är bra om den har en förståelse och erfarenhet för att jobba med explorativt, experimenterande och itererande utvecklingsarbete. Viktigt är också att personen kan hantera konflikter och backa upp sin arbetsgrupp ifall den ifrågasätts av ledning eller andra aktörer under projektets gång.

Utrustning, material och miljö



Till höger finns en lista på olika material och utrustning som vi tycker är bra att ha när vi genomförandet av utvecklingsprojekt och som vi tror underlättar för dig under projektets gång. Att ha tillgång till olika material och utrustning gör det inte bara roligare utan också öppnar upp för fantasin kring vad som är möjligt att åstadkomma.

Det är också bra om du kan skapa en fysisk miljö där arbetsteamet kan samla allt kring projektet och där ni kan sitta och arbeta tillsammans.

Material

- Post-its i olika färger
- Papper på rulle
- Färgpennor
- Lego
- Kapaboard
- Maskeringstejp

Utrustning

- Kamera (filminspelningsfunktion bör finnas)
- Whiteboards
- Projektor/Stor bildskärm
- Färgskrivare

Finansiering



Att utveckla verksamheter och nya tjänster kräver fokus och tid. Detta innebär att innan du börjar måste en projekt-finansiering skapas som ger dig utrymme för att göra något bra. Det viktiga är inte storleken på finansiering utan att du får ett utrymme som motsvarar det du vill åstadkomma. Även med små medel kan lösningar utvecklas som ger stora förbättringar.

Att få fram finansiering för utvecklingsprojekt är i sig en utmaning och det är inte alltid att den egna verksamheten vill ge den finansiering som ni behöver. Här följer tips på hur ni kan öka er finansiering.

- **Samfinansiering** är ett vanligt sätt att skala upp sin budget. Det betyder att ni och ett annat utvecklingsprojekt med gemensamma problem och mål går samman och gör ett gemensamt projekt. Om ni hittar andra som är intresserade av att göra något tillsammans kan ni också söka medel från aktörer som [Vinnova](#)*. Då kan ni få ytterligare finansiering då Vinnova kan motfinansiera det med vad ni tillsammans redan valt att investera i projektet.

Exempel:

Ni har en budget motsvarande en miljon kronor. Om Vinnova tycker att ert projekt är relevant, motfinansierar de det med en miljon kr så att ni får totalt två miljoner i projektbudget.

- [Deladigitalt](#) är en ny tjänst som SKL tillhandahåller. Denna plattform fungerar ungefär som Kickstarter som är en crowdfunding plattform. Skillnaden är att Deladigitalt riktar sig mot kommuner och landsting där de kan investera tillsammans för att lösa olika problem som de har. På detta sätt kan mindre och större kommuner/landsting ta del av samma lösning även om de olika förutsättningar att delta.
- **Innovationsfonder** är fonder som landsting och kommuner i vissa fall har för anställda och verksamheter att söka pengar ifrån för att utveckla nya lösningar. Fråga runt i din verksamhet för att se om det finns liknande i din organisation.



**Vinnova är Sveriges Innovationsmyndighet och har årligen flera olika utlysningar mot vård och hälsa.*

Interna samarbetspartners



Inom din organisation finns det olika stödverksamheter som är bra att skapa en relation till och även undersöka vad de kan erbjuda för stöd till ditt utvecklingsprojekt.

Du kommer under ditt projekt att behöva hjälp och kunskap från olika avdelningar och att tidigt i projektet skapa relationer till dessa kommer underlätta för dig att driva igenom vissa frågor, få hjälp i att förstå vissa utmaningar eller hitta information du behöver. Dessa avdelningar/verksamheter kan också driva egna projekt som ligger i linje med ditt och att samutnyttja era resurser gör att ni kan komma längre i era projekt.

Att skapa relationer ger er också ert projekt legitimitet och gör att du lättare kan hitta genvägar genom organisationen för att åstadkomma nytta med ditt projekt.

Exempel på interna samarbetspartners:

- Utvecklingsenhet
- Kvalitet och verksamhetsstab
- FoU-avdelningen
- Upphandlingsenhet
- Ekonomiavdelning
- IT-avdelning
- Patientsäkerhetsenheten

Externa samarbetspartners



Patienters upplevelse av vården skapas inte endast av vården utan också av andra aktörer i patienters vardag som de måste interagera med. Ni kommer behöva hjälp av andra aktörer för att förstå och implementera de lösningar ni kommer fram till. Det kanske redan finns andra projekt som jobbar med att lösa samma problem som ni där ni kan samarbeta för att skala upp projektfinansieringen och dela resurser och kunskap.

Därför är det viktigt att ni tidigt identifierar vilka externa partners/projekt ni tror att ni behöver samarbeta med för att lösa er utmaning eller problem. Ta kontakt med dem och bjud in dem till ert projekt eller fråga om ni kan delta i deras.

Genom samverkan kan ni också dra nytta av deras lärdomar och kunskap och på så sätt undvika göra samma misstag och få nya idéer om upplägg.

Exempel på samarbetspartners kan vara:

- Kommunen (äldreomsorg, socialtjänst, hemtjänst, skola)
- Försäkringskassan
- Taxibolag
- Bank
- Ideella och idéburna organisationer
- Idrottsföreningar
- Lösningssleverantör

Formulera din utvecklingsfråga



Innan ni börjar projektet är det viktigt att ni formulerar en fokuserad fråga som utgångspunkt i ert utvecklingsarbete. Frågan ska vara avgränsad för ge er fokus men samtidigt bred nog för att-inte begränsa innovativa lösningar på er utmaning. Viktigt är också att frågan fokuserar på den effekt ni vill åstadkomma med er lösning inte på lösningen i sig.

Utgångsfrågan förändras nästan alltid och blir mer specifik allt eftersom ni lär er mer om vilka behov och problem som era patienter upplever. Därför är det viktigt att ni har rätt utgångspunkt när ni börjar projektet så ni inte utforskar fel saker.

Ett exempel på en bra utvecklingsfråga kan vara:

Hur kan hälso- och sjukvården möjliggöra för kroniker att leva med god livskvalitet?

Eller

Hur kan fysiska vårdtjänster bli mer tillgängliga för kroniskt sjuka?

Exempel på en dålig utvecklingsfråga kan vara:

Hur kan kroniker bedriva egenvård?

Eller

Hur kan kroniker boka sin egen tid via webben?



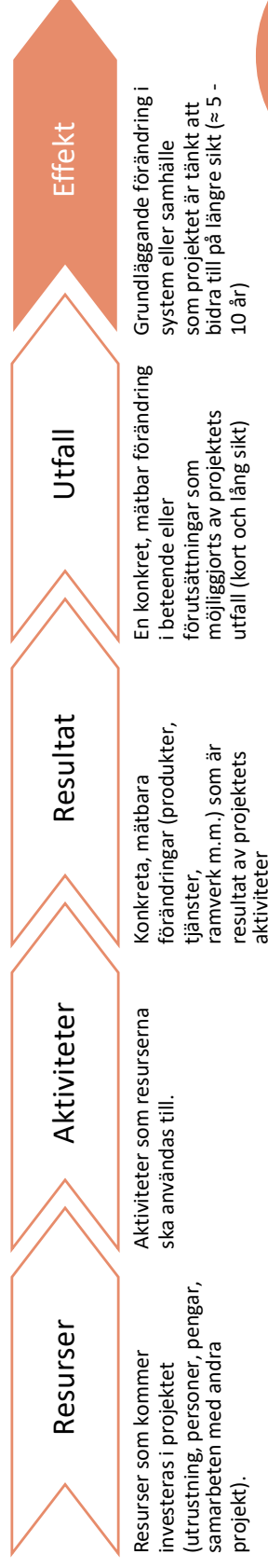
Effektlogik



När du startar ett utvecklingsprojekt är själva poängen att inte veta vad lösningen kommer att bli. Detta gör det svårt att veta vad resultatet kommer att bli när man ber ledning och finansierare om resurser för att genomföra projektet. Det du istället kan göra är att prata om effekter som du vill att dina kommande lösningar ska bidra till.

Detta gör du genom att ta fram en effektlogik som utgår från de effekter du vill skapa genom ditt utvecklingsprojekt och arbetar baklänges för att beskriva olika mätbara utfall, resultat, aktiviteter och resurser som leder till önskad effekt. Oftast brukar man tänka på effekter 5 – 10 år.

Nedanstående illustration förklarar med vad de olika stegen i effektlogik handlar om.



Riskhantering



Alla projekt innebär någon form av risk. Det kan handla om ekonomisk risk, att relationer skadas, att projektdeltagare blir utbrända eller t ex. att projektet utmanar rådande maktstrukturer och riskerar bli nedlagt.

Detta behöver man diskutera tidigt i projektet så att man kan bedöma dess sannolikhet och ha tänkt igenom hur man ska göra för minska sannolikheten och konsekvenserna av att det skulle realiseras.

Finns flera olika sätt att genomföra en riskanalys på och beroende på vilket behov du har. Börja initialt med att göra en lista likt nedanstående exempel.

#	RISK	Sannolikhet (1 (låg) - 5 (hög))	Konsekvens	Åtgärd
1	Budget överskrids	1	Att projektet inte levererar enligt mål och förväntan med kvalitet.	Utnyttja controllers för att stötta projektledare med ekonomiuppföljning i projektet.
...

Kommunikation



Kommunikation är lätt att glömma bort och svårt att prioritera. Dock är det oerhört viktigt att du dedikerar resurser för detta i ditt projekt och gärna tar in en kommunikatör i projektgruppen. Det kommer underlätta för er att skapa förtroende och engagemang från projektdeltagare och intressenter inom och utanför din organisation.

När man jobbar med utveckling som kommer innebära någon form av förändring är det viktigt att du äger din egen kommunikation och undviker hamna i en försvarande position där din enda kommunikation sker när du måste försvara projektet och dess aktiviteter.

I ditt projekt kommer du ägna dig åt extern kommunikation och internt kommunikation. Externt gäller kommunikation till mottagare utanför projektet. Internt gäller kommunikation inom projektet.

Externt

När du kommunicerar externt använd om du kan både webbsidor och sociala medier förutom traditionella pressmeddelanden och roll-ups. Du behöver fundera över vilka målgrupper du når via vilka kanaler och därefter vilken kommunikation som ger mest fördelar för ditt projekt.

Dessa verktyg finns t ex. att använda för extern kommunikation utan direkt kostnad:

- Google sites
- Facebook
- medium

Internt

När du kommunicerar internt gäller det att skapa transparens och göra alla engagerade och involverade i det som händer i projektet. Det innebär lika mycket att göra projektunderlag tillgängligt och skapa möjlighet för deltagare att mötas och diskutera idéer, frågor och samarbeta inom projektet.

Det finns massor av olika verktyg för detta och vissa verktyg som mail är självklara. Utöver detta finns det också andra verktyg som kan vara värdefulla t ex.:

- Slack
- Projectplace
- Google drive
- Dropbox
- MS Teams och Onedrive (ingår i Office 365).

För att få access till vissa av dessa verktyg kan ni behöva involvera er IT-avdelning, därför bra om ni kan hitta anledningar för varför de ska vara delaktiga i projektet vilket kommer underlätta för er att motivera användning verktygen ni väljer.

Juridik



Innan du startar ett projekt måste du ta fram olika juridiska underlag. Detta är inte svårt men kan bli krångligt ju större projektet är och ju fler organisationer som är involverade. Det är viktigt att ni gör rätt från början då avsaknad av dessa juridiska underlag kan bli kostsamt i slutändan.

Innan du börjar projektet ta därför kontakt med ansvarig jurist i din organisation och även personen som är utsedd till dataskyddsombud, också kallat DPO (Data Protection Officer), för att veta hur du ska samla in och behandla personuppgifter på rätt sätt.

En DPO är något varje organisation måste ha sedan 25 maj 2018 då den nya datalagsförordning som går under beteckningen GDPR trädde i kraft. Denna reglerar mycket hårdare hur man får samla in och behandla personuppgifter som organisation.

Här är två förslag på juridiska underlag som du kan behöva ta fram:

- Projektavtal som reglerar ansvar, ersättning och immateriella rättigheter.
- Samtyckesformulär för datainsamling och analys.

Tips:

Försök skriva in i samtyckesformulär att ni får använda bilder och filmer som ni använder för datainsamling även till kommunikation för projektet. Dessa bilder och filmer blir ofta värdefulla när ni berättar om ert projekt.



3. Databesamling och analys

Datainsamling och analys



För att samla in data* om era patienters upplevelser, behov och känslor så kan man använda antingen kvalitativa metoder eller kvantitativa (eller en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder).

Kvalitativa metoder är användbara när man har en bred utgångspunkt och söker efter nya insikter och behov. Exempel på kvalitativ datainsamling är djupintervjuer, dagbokstudier eller observationer.

Kvantitativa metoder och verktyg är användbara när man behöver samla in stor mängd data angående en specifik fråga från en representativ grupp patienter. Exempel på kvantitativ datainsamling är nationella patientenkäten.

Vid utveckling av personcentrerade tjänster är kvalitativa metoder att föredra då de är helt enkelt bättre på att få fram de uttalade och outtalade behoven samt förutsättningar som individer har.

Därför har vi valt att fokusera på dessa metoder i denna bok. Men att använda både kvalitativa och kvantitativa metoder ger tillsammans ett kraftfullt underlag.

Metoder att tillgå för kvalitativ datainsamling:

- Observationer
- Dagbok
- Intervjuer
- Patientråd

Metoder att tillgå för kvantitativ datainsamling:

- Enkäter och formulär
- Statistik från verksamheten exempelvis från journal om antal besök, eller folkhälsodata.
- Omvärldsbevakning

*Med data syftar vi på all typ av insamlad information och kunskap som kan vara både analog och digital.

Planera din datainsamling



Planering av datainsamling är viktigt för att veta vem och vad du ska undersöka och inte minst hur mycket resurser som det kommer kräva. Det kommer också hjälpa dig säkerställa att du utforskar rätt saker.

För att börja planera din datainsamling, behöver du först ha formulerat en tydlig [utvecklingsfråga](#).

Din utvecklingsfråga kommer göra det lättare för dig att förstå vilka användare du behöver undersöka, vilka experter du kan ta hjälp av och om det finns intressenter som kan sitta på värdefull information.

Genom att utgå från din utvecklingsfråga kommer det också vara lättare att bryta ner olika frågeställningar beroende på vad eller vem du försöker undersöka och samla in data ifrån.

En plan för datainsamling kan se olika ut och vara avancerade dokument med underbyggda med teorier och metodbeskrivningar eller enkla listor.

Hur avancerad den behöver vara avgör du och ditt team, viktigast är att ni förstår vad som ska göras och vet vad målet är.

Vi föreslår att din plan åtminstone innehåller följande:

- Syftet med datainsamling
- Ansvar och rollfördelning
- Målgruppsbeskrivning
 - Rekruteringsplan
 - Frågeställningar till målgruppsrepresentanter
- Lista på experter och intressenter ni vill intervjua, ställa frågor till.
 - Frågeställningar för experter och intressenter
- Verksamhetsdata
 - Frågor till verksamhet
- Resursfördelning
- Lagring och behandling av personuppgifter
 - Var lagras informationen
 - Hur datan kommer behandlas.
 - Beskriv vem som har rätt att ta del av datan

Observationer



När man utvecklar personcentrerade vårdtjänster är det ofta svårt att veta vad det är man behöver studera och samla information om i individers vardag. Då kan observationer vara en bra metod att börja med. Då får du chansen att observera hur en individ och verksamhets vardag ser ut, vad och vem individen interagerar med och hur detta påverkar individen. Ofta gör individer saker som de själva inte är medvetna om som är väldigt svårt att få reda på genom intervjuer.

Utifrån denna information kan du sedan utveckla frågor att ställa vid intervjuer eller reflektionsämnen som du kan ha med i en dagbok.

Vad behöver förberedas för att genomföra aktivitet?

- Tillgång till observationsmiljö (t ex. en patients hem)
- Observationsmall alt. ett anteckningsblock
- Kamera (fotografera det som händer och filma om det går. Det underlättar vid analys). Mobilkamera funkar utmärkt.

Tips: När ni fotograferar i en vårdmiljö tänk på vad ni fotograferar så att ni underviker fånga personlig information (ansikten, information etc) som kan identifiera personer. Behöver ni fotografera sådant som kan anses vara personuppgifter krävs ett samtyckesavtal.



Dagbok



Dagbok är en metod som kan användas när man vill fånga information om människors vardag, vad de gör, hur de mår och vilka de upplever de får från vardagsaktiviteter. Att följa med en individ i hans vardag tar tid och vill man fånga flera individers vardag samtidigt är dagböcker ett bra verktyg.

Dagboken utformas väldigt öppet, med det menas att frågorna som den utgår ifrån är öppet formulerade för att fånga så mycket som möjligt kring det du är intresserad av i ditt projekt.

Exempel på en öppen fråga är:

Beskriv hur du tar kontakt med din vårdcentral idag?

Dokumentationen i dagboken kan ske på olika sätt, genom text i en anteckningsbok, det kan vara att spela in en film varje dag om dagens upplevelser eller genom att prata in ett röstmeddelande.

Vad behöver förberedas för att genomföra aktivitet?

- Mall med era fokusfrågor för dagbok
- Metod för insamling av ifyllda dagböcker (ex. mailadress dit de kan skicka filmer eller, förfrankerade kuvert som de kan skicka dagbok i)

Intervjuer



Intervjuer kan göras på flera olika sätt. De kan vara strukturerade med specifika frågor och förberedda följdfrågor utifrån individens svar eller så kan de vara öppna med utforskande följdfrågor för att gräva djupare i individens svar genom att fråga varför eller hur. Det finns mycket att läsa om intervjuetkniker och det är ett välstuderat ämne. Så om ingen av er i teamet genomfört någon intervju tidigare rekommenderar vi att läsa på om intervjuetkniker innan ni planerar dessa. Några saker som är bra att tänka på är:

- Genomför öppna intervjuer. Öppna intervjuer ökar möjligheterna att hitta oväntade saker.
- Fråga varför, varför, varför och varför igen. Försök förstå vad som driver olika beteenden. Deras första svar är troligast inte den egentliga anledningen. Vill ni veta mer, sök upp information om metoden ”5 varför”).
- Var två som intervjuar. En som anteckningar, en som ställer frågorna och spela in intervjun om möjligt.
- Använd ord och begrepp som er intervjuperson förstår och kan ta ställning till.

Vad behöver förberedas för att genomföra denna aktivitet?

- Boka in intervjuer med de ni vill intervjuar
- Intervjufrågor, testa dem gärna på någon som är oinsatt innan ni genomför intervjuerna.
- Utse antecknare och intervjuare

Patientråd



Patientråd kan jämföras med fokusgrupper där man bjuder in användare/kunder eller i ditt fall patienter för att diskutera olika ämnen gällande en produkt/tjänst eller hur en verksamhet fungerar. Detta är ett jättebra redskap att utnyttja som kostar väldigt lite tid t ex. när du vill validera insikter från datainsamling eller idéer som kommit fram under idéutvecklingsfasen.

Genom att presentera dessa för patienter och låta dem diskutera dessa kommer de kunna hjälpa dig att bekräfta insikter eller hjälpa er att hitta det som saknas.

- Ta fram inbjudan med syfte till patientråd att dela till patienter.

- Köp fikabröd (tänk på kost, allergier osv hos patienterna).

- Utse antecknare som för protokoll över patientrådet.

- Bestäm hur du ska hantera individer som tar över rådet och hindrar andra från att komma till tals.

Vad behöver förberedas för att genomföra denna aktivitet?

Empativerktyg



Empativerktyg är till för att fysiskt kunna efterlikna de upplevelser som er målgrupp får när de interagerar med er verksamhet. Det är en rolig men också upplysnande övning för arbetsteamet.

Genom att fysiskt uppleva hur det är att leva med en kroniskt sjukdom eller att vara funktionsnedsatt istället för att läsa om det i en rapport underlättar att få empati för personer som upplever detta varje dag.

Dessa verktyg är bra att använda tidigt i ett utvecklingsprojekt då de ger arbetsgruppen större empati för målgruppen som de ska skapa lösningar för och kan ge insikter om vilken information som arbetsgruppen behöver samlas in.

Vad behöver förberedas att genomföra aktivitet?

- Empativerktyg kopplat till er målgrupp.
- En situation där det går att rollspela en interaktion med en verksamhet utrustad med verktygen.



(Ovan) Handskar som får händerna att skaka okontrollerat.

Analys



Analysen av insamlad data är det viktigaste momentet i ditt utvecklingsprojekt. Det kommer ta tid och är många gånger utmanande. Här kommer du få de största lärdomarna om din målgrupp, deras behov och problem som behöver lösas för att kunna skapa mer personcentrerade vårdtjänster.

När du genomför analysen rekommenderar vi också att du försöker samla hela ditt team och all information på samma plats och arbetar fokuserat med materialet.

Analysen kan kräva att ni träffas flera gånger eller flera dagar i sträck. Att inte behöva starta om varje gång sparar er mycket tid samt minskar risken att ni skulle missa något.

Analysen genomförs genom att du går igenom allt material som samlats in i din grupp och gemensamt reflekterar och försöker identifiera samband i informationen och materialet som ni samlat på er.

Ibland kan det också krävas att vissa moment behöver göras om ytterligare för att förstå problemet/ behovet djupare.

Våga också involvera experter på sakfrågor för att hjälpa er avgöra betydelsen av den insamlade datan.

För att ge dig hjälp i detta har vi samlat verktyg som både hjälper till att hitta samband, behov, problem samt hur du och ditt team kan visualisera denna kunskapen.

Persona



Personas är fiktiva beskrivningar av olika individer som representerar olika typer av användare, också kallat målgrupper av de lösningar du utvecklar inom projektet. Dessa beskrivningar baseras på den data ni samlat in vid observationer, intervjuer eller enkäter.

Personas kan t ex. representera olika typer av patienter men de kan också representera olika interna användare som du också behöver ta hänsyn till i utvecklingen av projektet.

Personas innehåller information om de olika målgruppernas drivkrafter, förväntningar och egna förmågor som du utvecklar dina lösningar utifrån.

Vad behöver förberedas för att genomföra denna aktivitet?

- Mall för persona (skriv ut i A3 om ni har möjlighet)
- Resultat från datainsamling



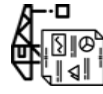
Kund-/patientresa



Kund-/Patientresan används för att få en helhetsyn och bred förståelse över hur och när patienten interagerar med er verksamhet/tjänst och vilka upplevelser patienten har och problem som den stöter på. Dessa interaktionspunkter, också kallat touchpoints, illustreras på en tidslinje under rubrikerna före, under och efter.

Genom att rita ut touchpoints får man en förståelse för patientens hela användning av verksamheten och dess tjänster, vad patienten gör innan, under och efter och hur den upplever detta.

Kundresan ritas upp utifrån insamlad data utifrån olika patienters upplevelser av denna interaktion. Ett annat alternativ är att göra en övning med patienter där de tillsammans med er ritar upp hur de interagerat med er verksamhet/tjänst. Tänk i så fall på att skriva upp citat och typ av interaktion som upplevelsen är kopplad till.



Denna metod funkar också för att beskriva hur en framtida lösning kommer att fungera för en patient.

Vad behöver förberedas för att genomföra denna aktivitet?

- Mall för kundresa (skriv ut så stort ni har möjlighet till alternativt utgå från mallen och rita upp grunden på en whiteboard.
- Bjud in patienter
- Post-its för att skriva upp känslor, händelser, problem, upplevelser.



Desktop walkthrough

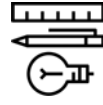


Denna metod går ut på att spela upp olika scenarion för hur en tjänst används och vilka interaktioner som uppstår mellan användaren/patienten och organisationen. Det kan göras internt i arbetsgruppen eller tillsammans med användaren/patienten.

Metoden genomförs genom att bygga upp en vårdcentral i lego, i kartong eller använd en ritning och spela tillsammans med patienten upp ett vårdbesök som hen gjort. Diskutera vad som hände och varför. Vad gick bra och dåligt och varför? Glöm inte skriva ner vad ni kommer fram till.

Vad behöver förberedas för att genomföra denna aktivitet?

- En ritning/modell av en vårdcentral/miljö.
- Legogubbar eller motsvarande som man kan spela upp scenario med.
- Bjud in patienter



Denna metod funkar lika bra för att prototypa idéer på lösningar.



Storyboard

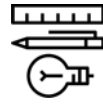


Genom att illustrera hur en situation upplevs, och vad som händer i situationen kan du få en tydligare bild av vad problemet är. Detta kan göras genom att ställa frågor till en patient om en situation som varit bra/dålig och sedan illustrera situationen. För att säkerhetsställa att du fångar det som är viktigt så gör detta tillsammans med patienten. Ni kan också använda storyboards för illustrera problem eller negativa upplevelser i patientresan.

Dessa storyboards är bra att använda när du behöver diskutera problemet med en utomstående aktör.

Vad behöver förberedas för att genomföra aktivitet?

- Serietidning stripes. (Tomma rutor som i en serietidning på papper)
- Pennor och post-its som är som pilar och pratbubblor och figurer.



Denna metod funkar lika bra för att beskriva idéer på lösningar.





4. Utveckla idéer och prototyper

Idéutveckling



Att utveckla nya och idéer handlar om betydligt mer än att brainstorma fram olika idéer och tankar som man skriver ner på post-its eller liknande.

Idégenerering handlar om att utforska nya perspektiv och vara öppen för nya tankar på lösningar till problem. När du idégenererar utgår du från de problem och behov som identifierats genom den insamlade och analyserade informationen. Du börjar med att försöka skapa många olika idéer på lösningar som du sedan prioriterar och förädlar tills du har kvar en hanterlig mängd idéer med god kvalitet som du kan gestalta och göra prototyper av för att testa med din målgrupp.

När du idéutvecklar vill vi att du försöker följa följande principer för ett lyckat idégenererande:

- Samla en tvärvetenskaplig grupp (patienter, profession, externa aktörer, lösningsleverantörer) vilket ger godast förutsättningar för unika idéer av god kvalitet.
- Var positiv till andras idéer och bygg vidare på varandras idéer och undvik att ge negativ respons.
- Ha en arbetsprocess (se exempel på nästa bild) som du eller någon annan ansvarar för att deltagarna i idéutvecklingen följer så att ni inte fastnar i processen.
- Var medvetet snål med tid vid brainstorming då det får dig att producera många idéer och inte på förhand kritisera och sortera bort idéer innan du vet vad de kan leda till.

För att hjälpa dig att kunna få fram idéer med god kvalitet har vi sammanställt flera olika metoder och verktyg som går att använda under idéutvecklingsaktiviteter.

Exempel på idéutvecklingsövning



För att ta fram unika och idéer av god kvalitet är en del viktigt att ha en tydlig struktur och tid för att hämta energi mellan aktiviteter. För att hjälpa dig med detta har vi tagit fram ett exempel (se nedan) på hur man kan genomföra en idéutvecklingsövning. Här följer en kortare beskrivning av exemplet.

Introduktion (tid = 30 min)

Inled med introduktion till idégenerering så att hela gruppen förstår hur de ska agera och vad de ska göra. Sedan är det bra att värma upp genom någon enkel övning*. Hjärnan är som en muskel och precis som när man ska springa långt behöver man värma upp musklerna. Därefter presenteras problem-ställningar som gruppen ska angripa.

Brainstorming (tid = 20 min)

Sedan börjar ni brainstorma och då är det bra med olika kan man övningar för att verkligen utmana sitt kreativa tänkande. Mer om detta på bild om brainstorming. Här går det också att använda olika perspektivkort (mer om dessa på senare bild).

Paus (tid = 15)

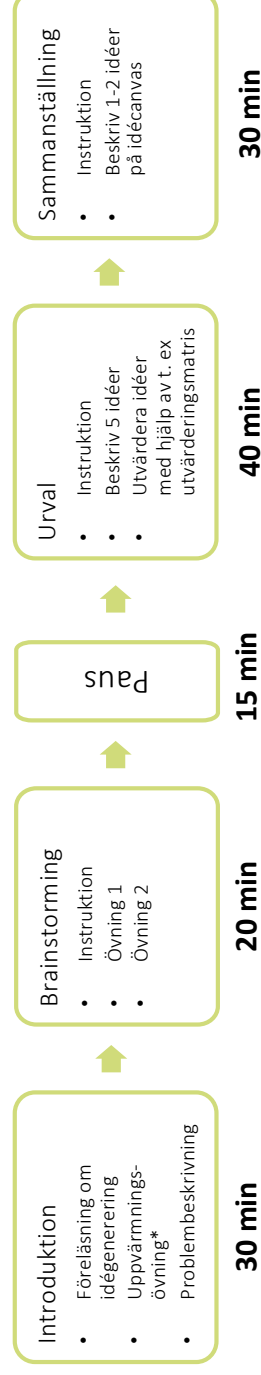
Att brainstorma och tänka ut nya lösningar tar energi och därför är det viktigt med att fylla på med energi

Urval (tid = 40 min)

Efter brainstorming har ni producerat massa idéer på lappar vilket gör det svårt att gå vidare. Därför bör ni förädla dessa idéer och då tvinga er att utifrån alla idéer sortera bort och lägga ihop dem skapa 5 idéer som ni beskriver. Dessa utvärderar ni sedan med hjälp av matriser med krav på lösningen för att ytterligare sortera bort överflödiga idéer.

Sammanställning (tid = 30 min)

De idéer som blev kvar efter urval beskriver ni på idécanvas för att enklare kunna jobba vidare med dem.



*Uppvärmningsövning kan vara att ni tävlar om vem som kan komma på flest användningsområden för en pry/vara av något slag, t ex. en tegelsten.

Brainstorming



Brainstorming känner de flesta till. Det är ett vanligt tillvägagångsätt när man vill hitta olika lösningar på ett givet problem eller utmaning. Det kan genomföras på olika sätt och det finns flera olika övningar som man kan använda.

Den vanligaste övningen är att först så delar man upp sig i mindre grupper och börjar först med att skriva ner sina egna idéer på post-its för att sedan presentera och bygga vidare på varandras idéer i gruppen. Anledningen till varför man brainstormar tyst för sig själv först är för att inte bli påverkad av de andra gruppmedlemmarna.

En annan övning kallas ”round robin”. Den genomförs genom att varje deltagare beskriver en idé på ett papper under en viss tid. När tiden tagit slut byter du papper med grannen och sedan under tid vidareutvecklar man grannens idé. Detta pågår tills varje deltagare fått tillbaka sitt papper.

Det finns flera olika övningar som kan användas vid brainstorming, de vi tagit upp är bara några få. Se vårt fördjupningskapitel för fler övningar och tekniker.

Vad behöver förberedas för denna aktivitet?

- Tydlig(a) problemformulering(ar) som ska lösas
- Post-its
- Pennor
- Yta att sätta upp och organisera ideerna på, gärna en whiteboard eller vägg.

Mer om brainstorming

<https://www.kth.se/social/files/55188331f27654324f8833cd/BraINSTORMING%20workshop.pdf>

Perspektivkort



Perspektivkort kan användas under idégenereringsövningar. Syftet med dem är att utmana det kreativa tänkandet genom att tvinga deltagare att se på problemet utifrån nya perspektiv.

Du utnyttjar dem genom att låta deltagare välja ett kort och försöker lösa det givna problemet utifrån det beskrivna perspektivet. Det går också använda korten för att vidareutveckla idéer du redan har kommit fram till.

Vad behöver förberedas för denna aktivitet?

- Skriv ut och skär ut korten från pappret.
- Använd dem som moment i en idéutvecklingsövning.



Välj 5 idéer



Brainstorming leder ofta till stort antal idéer av varierande kvalitet och många idéer som påminner om varandra. För att kunna arbeta vidare behöver du få ner antalet idéer till en hanterbar mängd. Då kan du använda dig av en metod där dina deltagare utifrån alla sina idéer får utveckla 5 mer konkreta idéer. Dina deltagare får också besvara hur idéerna uppfyller vissa kriterier eller mål kopplat till utmaningen vilket hjälper deltagarna att konkretisera sina idéer.

Vad behöver förberedas för denna aktivitet?

- Mall för 5 idéer
- Tydliga utvärderingsfrågor som du förberett innan och uppdaterat mall med.
- Pennor



Utvärderingsmatriser



När du gjort brainstorming aktiviteter kommer du ha en stor mängd olika idéer som du känner är av varierande kvalitet men du vet inte vilka du ska välja bort. Då kan du använda dig av utvärderingsmatriser för att testa idéerna mot de olika mål och krav som finns i projektet.

För att använda utvärderingsmatriser behöver arbetsgruppen först komma överens om vilka mål och krav som ska finnas på matrisens axlar och vilken skala ni ska använda. Därefter värderar ni idéerna mot denna matris tills ni hittat de idéer som bäst uppfyller mål och krav.

Vad behöver förberedas för denna aktivitet?

- Mall för matris
- Tydliga utvärderingskriterier
- Pennor i olika färger för att kunna skilja idéerna åt.



Idécanvas



Används för att sammanställa de slutliga idéer som produceras under en idégenereringsaktivitet. Genom att svara på de olika frågorna och gestalta hur lösningen fungerar kan du lättare kommunicera idéerna för andra intressenter som inte deltog i aktiviteten.

Eftersom denna canvas representerar din idé kan du lätt ta med ta med den till användare, intressenter, lösningleverantörer för att få deras feedback på din idé. Vi har även förberett en mall för att dokumentera feedback som du kan hitta bland mallarna i detta dokument.

Med idé- och feedbackcanvas kan du snabbt sedan gå över till att göra fysiska prototyper av idéerna för mer test och utveckling.

Vad behöver förberedas för denna aktivitet?

- Mall för idécanvas
- Pennor
- Mall för feedbackcanvas



Prototyper



En prototyp är en gestaltning av en idé på en lösning som du kan testa och validera mot patienter, personal och beslutsfattare.

Det som är viktigt att tänka på när du gör en prototyp måste den förmedla nyttan du tror din prototyp skapar för användaren och verksamheten, samt ger en förståelse av hur idén fungerar och hur den påverkar personal och patienten.

Det är också bra om den ger en återkoppling till var i din verksamhet den är tänkt att skapa värde. Detta är viktigt för att du ska kunna använda prototypen för att testa och utvärdera idén mot patienter och personal.

Det finns både avancerade och enklare sätt att prototypa. Mer avancerade sätt kan vara att t ex. bygga upp en helt ny verksamhet i kartong och skådespela olika användarscenarion. Vi har dock valt att fokusera på de enklare sätten att prototypa i denna bok men du får gärna testa på avancerade sätt att prototypa.

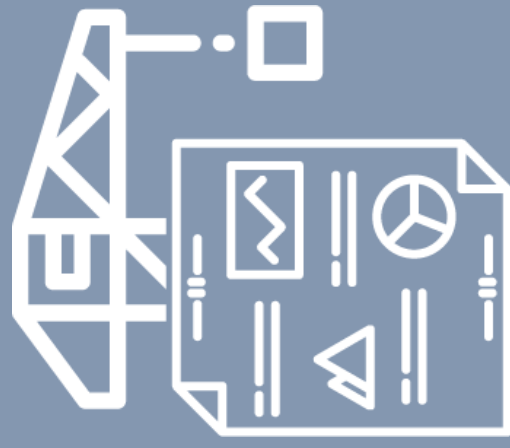
Olika sätt att prototypa

- För fysiska och organisatoriska lösningar:
 - Lego
 - Kapaboard
 - Desktop Walkthrough (sida 27)
 - Film
- För digitala lösningar
 - Tjänster som t ex. Invision hjälper dig snabbt skapa ett användargränssnitt som en användare kan testa.

Mätning av prototyper

Innan du testar din prototyp måste du också definiera vad det är du vill veta genom testet och hur du ska kvantifiera eller mäta detta. Det finns både enkla och avancerade sätt att genomföra detta på.

Ett exempel kan vara att ta fram utvärderingsfrågor som testpersonen får svara på innan och efter de testat prototypen. T ex. hur testpersonen upplever skillnaden mellan före och efter kan vara ett sätt att kvantifiera prototypens funktion, upplevelse och värde.



5. Implementera

Implementering



Implementering är det svåraste och det är här ofta många utvecklingsprojekt stannar tyvärr.

Att ändra på hur en organisation ska jobba, införa nya rutiner och nya roller är en utmaning som kan kännas oöverkomlig. Det är dock inte omöjligt men det kräver ett ihålligt arbete och att man samskapar med de i organisationen som berörs av förändringarna din lösning medför.

När du och ditt team utvecklat en lösning som ni tror på och ni vill implementera i verksamheten kommer det krävas:

- Utbildning (nya rutiner, roller etc).
- Beskrivningar av tjänsten och hur den ska fungera i verksamheten (roller, system etc).
- Finansiering (investeringskostnader, ersättning, mätning av resultat och effekt).

Detta kapitel tar upp metoder och råd för att underlätta vid planering av implementering av utvecklade lösningar.

Tjänstekarta



En tjänstekarta är ett verktyg för att illustrera hur en tjänst fungerar i en verksamhet när tjänsten används både fysiskt och digitalt. Utifrån patientens resa genom tjänsten beskriver man vad som händer med det som patienten kan se av verksamheten, vad som händer bakom kulisserna och det som bara personalen kan se eller som sker i olika system.

Denna metod är väldigt bra för att beskriva hur en ny tjänst ska fungera i en verksamhet och vilka krav den ställer på verksamheten och individerna i den.

Den blir en kommunikativ hjälp när du vill förklara för organisationen vad tjänsten innebär och vilka nyttor som kan skapas för patienter och personal.

Vad behöver förberedas för att genomföra denna aktivitet?

- Mall för tjänstekarta
- Pennor i olika färger för att göra det lättare att skilja på olika saker i tjänstekartan
- Post-its



Tidsplan



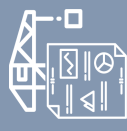
Innan man ska testa en prototyp med användare och sin verksamhet är det viktigt att man tänker igenom hur man ska göra testet, hur man ska involvera sina kollegor och vad som behöver förberedas. Det är också viktigt att bestämma hur man ska följa upp och utvärdera testet.

Vad behöver förberedas för att genomföra denna aktivitet?

- Mall för tidsplan
- Tydlig bild av prototypens påverkan på verksamheten



Finansiering



Att implementera din utvecklade lösning kräver tid och resurser för att kunna utbilda personal i nya arbetssätt, att vidareutveckla din lösning när den implementeras i organisationen och följa upp dessa effekt.

Det är också viktigt att sätta upp en budgetplan för lösningen. En plan som visar vilka uppstartkostnader som finns och vilka leveranskostnader som finns för att tillhandahålla den nya lösningen och vilka intäkter som finns.

För att få finansiering för att implementera din lösning bör du fundera på samma saker som vi skrivit under finansiering i kapitlet ”innan du börjar”.

6. Fördjupning

Här har vi samlat länkar till olika sidor, filmer och dokument där du kan fördjupa din kunskap ytterligare om metoder, utveckling av hälso- och sjukvårdstjänster.

Olika sammanställningar av metoder och verktyg för utveckling av tjänster och produkter.

www.designkit.org

<http://medialabamsterdam.com/toolkit/>

www.servicedesigntools.org/repository

<https://toolbox.hyperisland.com/>

Personcentrerad vård

<http://www.landstingetsormland.se/Personcentreradvard>

<http://personcentredcare.health.org.uk/>

[http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-
vard/Oversikt/](http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-
vard/Oversikt/)

Olika myndighets och styrdokument gällande utveckling av hälso- och sjukvård:

Dessa kan vara bra att läsa på då de kan hjälpa dig argumentera för varför ditt projekt ska finansieras.

[En innovationsvänlig offentlig verksamhet \(SKL\)](#)

[Patientlagen \(2014:821\)](#)

[Effektiv vård \(SOU 2016:2\)](#)

Filmer framtagna inom projektet som olika metoder finns här:

https://www.youtube.com/channel/UCZCfOoUuTZf9QjX30L_yOWZA

Aktörer

Det finns också andra utvecklingsstöd i Sverige för de som jobbar med verksamhetsutveckling och innovation och omställning inom hälso- och sjukvård och övrig offentlig sektor i Sverige.

Innovationsguiden

SKLs Innovationsguiden är ett metodstöd som hjälper kommuner, landsting och regioner att på egen hand arbeta med tjänstedesign och användardriven innovation.

www.innovationsguiden.se

Förändra Radikalt

Sedan 2014 har Oxelösunds kommun jobbat med att tackla olika utmaningar i kommunens verksamhet med tjänstedesign och brukardriven innovation. Arbetet har väckt stort intresse i kommunensverige och lett till flera innovationer och en fördjupad kunskap om medborgarna som verksamheterna är till för.

[Hemsida för Förändra radikalt](#)

Experio Lab

Experio Lab är ett nationellt center för patientcentrerad tjänsteinnovation som är en permanent enhet inom Landstinget i Värmland. Experio Lab har väckt nationellt och internationellt intresse för sitt arbete med att involvera den outnyttjade resursen, patienter och närstående i utveckling av hälso- och sjukvård.

www.experiolab.se

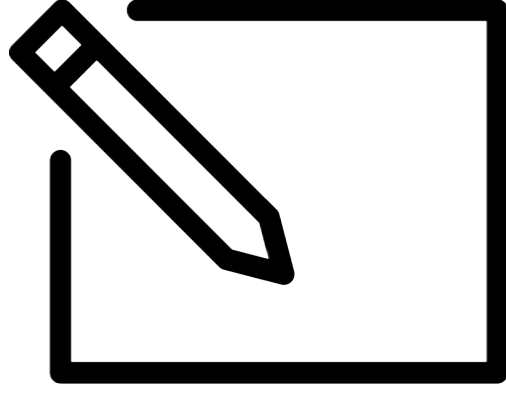
RISE Service Labs

RISE Service Labs är en verksamhet inom RISE, Research Institute of Sweden. RISE Service Labs uppdrag är att genom tjänstelogik och tillämpad tjänsteforskning skapa ny kunskap och förmåga att uppnå innovation och omställning i vårt samhälle. De gör detta genom att skapa plattformar, lab, där man genom ett utforskande arbetssätt med design som metod försöker förstå samhällsutmaningar och hur de kan lösas och genom detta skapa tjänsteinnovation.

www.servicelab.se

Andra aktörer

Detta är såklart inte alla. Det finns många konsulter t. ex. management konsulter, designbyråer i Sverige som erbjuder tjänster för utveckling och innovation inom offentlig sektor. De som är listade här är de som varit involverade i det projektet som producerat denna bok.



7. Mallar

Vad är problemet ni försöker lösa?

Ex: Ge kroniker ett självständigare liv

1. Försök och formulera problemet som en utvecklingsfråga

Ex: Hur kan vi ge kroniker ett självständigare liv?

2. Formulera nu den ultimata effekten ni vill åstadkomma

Ex: Vi vill att alla kroniker ska kunna leva med hög livskvalitet

3. Vad är några möjliga lösningar på ert problem?

Tänk brett, gå på magkänslan men lämna ändå det öppet för överraskande resultat.

Ex: Egenmätning av sjukdomsutveckling

4. Skriv ner förutsättningar och krav som ni måste förhålla er till.

Det kan vara t.ex teknologiska, geografiska, juridiska eller demografiska.

Ex: Kroniker är ofta äldre individer som kan ha svårt för ny teknik

5. Behöver er första utvecklingsfråga ändras? Skriv om den igen.

Ex: Hur kan hälso- och sjukvården ge kroniker möjligheter att leva med hög livskvalitet?

Budgetmall		Projektperiod	2017-2019	Antal timmar i projekt			Kostnad per år		
Personer involverade i projektet	Roll/kompetens	% av tjänst i projekt	År 1	År 2	Totalt	SEK/h	År 1	År 2	Totalt
Person X	Projektleadare	40%		803	800	1603	800	642560	1282560
Person Y	Verksamhetsutvecklare	50%		1004	1000	2004	800	803200	1603200
Person Z	Designer	50%		1004	1000	2004	800	803200	1603200
Fyll på...									
Summa	X projektmedlemmar	140%		2811	2800	5611		2248960	4488960
Projektkategorier	% av projektet	År 1	År 2	Totalt antal hyaktivitet					
Projektleddning	10%	561		561		1122			
Datainsamling	30%	1683		0		1683			
Analys	10%	561		0		561			
ideutveckling	10%			561		561			
Prototypande	10%			561		561			
Implementering	30%			1683		1683			
Fyll på...									
Summa	100%	2806	2806	3367	0	5611			
Direkta kostnader	SEK	Medfinansiering	Antal	Typ av finansiering	Värde (SEK)				
Inköp av utrustning	50000	Projekt X	100	Timmar	100000				
Inköp av tjänster (t. ex konsultarvoden)	300000	Fyll på...							
Resor	50000				100000				
Lokalkostnader	50000								
Fyll på...									
Summa	450000								
Summering	SEK								
Personalkostnader	4488960								
Direkta kostnader	450000								
Medfinansiering	100000								
Projektbudget	5038960								

Budgetmall

Denna budget mall är direkt länkad till en excel-fil där du kan mata in dina egna siffror. Höger-klicka på bilden och ett alternativ som heter liknande "Kalkylblad-objekt" ska dyka upp. Välj det alternativet och klicka på öppna som dyker upp som nytt alternativ. De aktiviteterna och siffrorna som redan är i skrivna här är endast påhittade. Denna mall kan du utgå ifrån när du ska beräkna budget för ditt projekt. Anpassa fritt efter dina behov, viktigaste är att den blir tydlig och hjälper dig budgetera rätt kostnad för ditt projekt.

Resurser												
Aktiviteter												
Resultat												
Utfall												
Effekt												

VAR?
NÄR?
VEM?
VARFÖR?

INSIKTER

Gillar
Observationer av personliga preferenser

Ogillar
Observationer av personliga preferenser

Vanor/rutiner
Observationer av vanor/rutiner

Aktiviteter
Observationer av handlingar som triggas av situationen

Föremål
Observationer av användning av föremål

Miljö
Observationer av effekten av miljö

KONKRET



MOTIV/KÄNSLOR

VAD

Vad gör den du observerar?

HUR

Hur gör den du observerar?

VARFÖR

Varför gör hen det på det här sättet?

Visa

Om du är i miljön som ni pratar om så be den du intervjuar att visa dig sakerna som hen interagerar med (saker, miljö, hjälpmedel). Ta kort och anteckna. Eller be den du intervjuar att gå fysiskt med dig genom processen.

Tänk högt

Be den du intervjuar att tänka högt medan hen utför en uppgift eller visar en process. Det kan hjälpa till att få fram motiv, oro, uppfattningar och resonemang.

Rita

Be den du intervjuar att rita upp aktiviteter och upplevelser som diagram eller skisser.

Var detaljerad och specifik

Be den du intervjuar berätta om en specifik tidsperiod exempelvis "Berätta vad du gjorde igår", istället för att be hen berätta om en dag i hens liv.

Infoga representativ bild för målgruppen som personen representerar

Hur upplever och uppfattar denna person sig själv och sitt liv?

Vad driver denna person, vad längtar den efter?

Beskriv hur en vanlig dag kan se ut?
(Morgon, middag, eftermiddag och kväll)

Ålder:
Kön:
Systemställning:
Boendeform:
Bakgrund (relationer, kontakter, familj och etc.):

Gillar:
Gillar inte:

Vilken teknik/digitala tjänster använder personen i vardagen?

Vilka förväntningar har personen på vården?

Platser och objekt som personen är i kontakt med till vardags?

Vad är personens tidigare erfarenheter av vården/din verksamhet?

Vad gör du innan?

Vad gör du under?

Vad gör du efter?



4

0

0

-4

Typ av interaktion



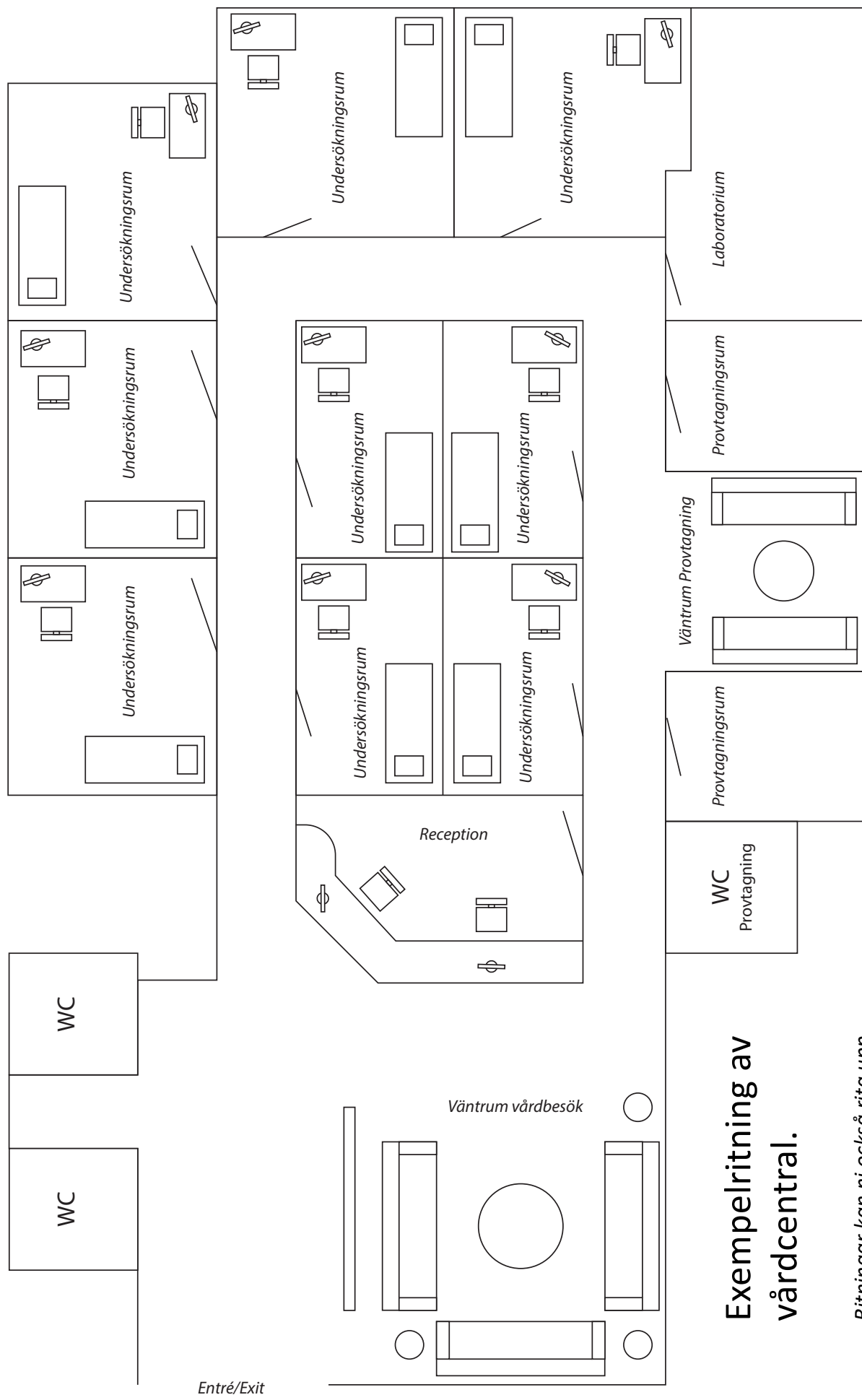
Citat:

Vilka behov och problem ser vi uppstå?

Kundresa - mall

Exempelritning av vårdcentral.

Ritningar kan ni också rita upp själva eller be er fastighetsförvaltare om.



Illustrera vad som sker innan situationen uppstår

Illustrera vad som när situationen uppstår

Illustrera vad situationen lett till

1

2

3

4

5

Idénamn:	Idénamn:	Idénamn:	Idénamn:	Idénamn:
<p>Beskriv idén i tre meningar:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Vem har nytta av idén och på vilket sätt?</p> <p>Hur ökar idén patientens delaktighet i vården?</p> <p>Hur påverkar idén den totala patientresan/tjänsten?</p> <p>På vilket sätt leder idén en bättre patientupplevelse?</p>	<p>Beskriv idén i tre meningar:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Vem har nytta av idén och på vilket sätt?</p> <p>Hur ökar idén patientens delaktighet i vården?</p> <p>Hur påverkar idén den totala patientresan/tjänsten?</p> <p>På vilket sätt leder idén en bättre patientupplevelse?</p>	<p>Beskriv idén i tre meningar:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Vem har nytta av idén och på vilket sätt?</p> <p>Hur ökar idén patientens delaktighet i vården?</p> <p>Hur påverkar idén den totala patientresan/tjänsten?</p> <p>På vilket sätt leder idén en bättre patientupplevelse?</p>	<p>Beskriv idén i tre meningar:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Vem har nytta av idén och på vilket sätt?</p> <p>Hur ökar idén patientens delaktighet i vården?</p> <p>Hur påverkar idén den totala patientresan/tjänsten?</p> <p>På vilket sätt leder idén en bättre patientupplevelse?</p>	<p>Beskriv idén i tre meningar:</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Vem har nytta av idén och på vilket sätt?</p> <p>Hur ökar idén patientens delaktighet i vården?</p> <p>Hur påverkar idén den totala patientresan/tjänsten?</p> <p>På vilket sätt leder idén en bättre patientupplevelse?</p>

Perspektivkort

Hur hade Pippi Långstrump löst problemet?

Perspektivkort

Hur fungerar lösningen för någon som har en hörselnedsättning?

Perspektivkort

Hur hade MacGyver löst Problemet?

Perspektivkort

Hur hade lösningen sett ut om er patient var Kronprinsessan Viktoria?

Perspektivkort

Hur fungerar er lösning för någon som har synnedsättning?

Perspektivkort

Instruktioner
 Syftet med perspektivkortet är att utmana det kreativa tänkandet genom att tvinga sig själv att se på problemet utifrån nya perspektiv.
 Deltagare väljer ett kort och försöker lösa sitt problem utifrån det beskrivna perspektivet. Det går också använda korten för att vidareutveckla idéer man redan har.

Perspektivkort

Lägg till eget perspektiv

Perspektivkort

Hur hade ni löst problemet om er patient inte kunde tala?

Perspektivkort

Hur hade ni löst problemet om ni haft oändligt med resurser?

Perspektivkort

Hur hade lösningen sett ut för ett barn?

Perspektivkort

Lägg till eget perspektiv

Perspektivkort

Lägg till eget perspektiv

Perspektivkort

Lägg till eget perspektiv

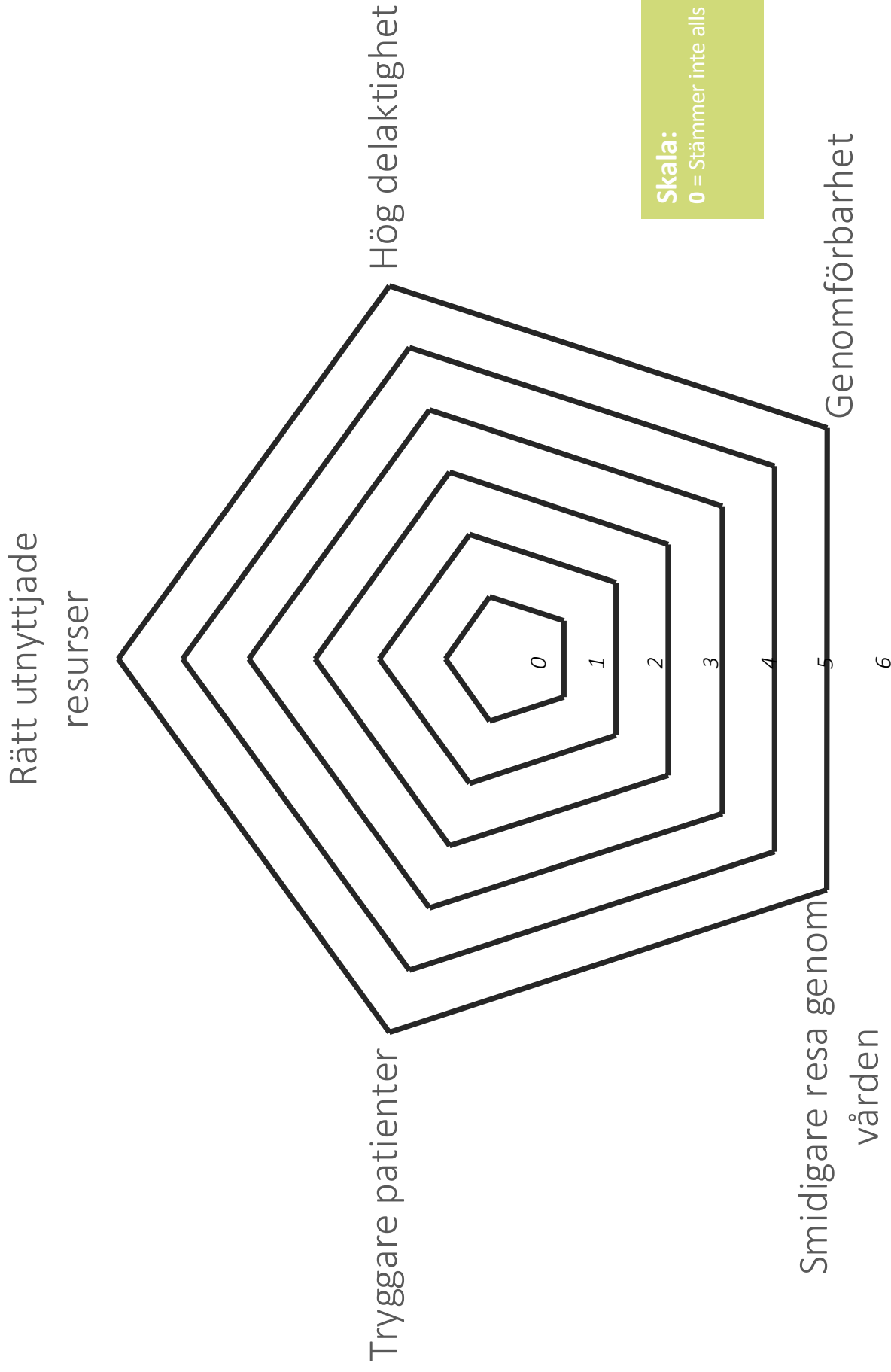
Utvärderingsmatris

Nyhetsvärde

Genomförbarhet

Guidebok för utveckling av personcentrerade vårdtjänster
Utveckla idéer och prototyper





Idenamn:

Vårdcentral:

Beskriv idén kortfattat i ord:

Skissa/rita hur er idé fungerar och upplevs:

Vem är idén till för?

Hur gör idén det bättre för patienten?

Hur gör idén det bättre för verksamheten?

Idécanvas

Tips! Rita och skriv tydligt. Denna ska självständigt kunna förmedla er idé!

Idenamn:

Vårdcentral:

Beskriv idén kortfattat i ord:

Skissa/rita hur er idé används och upplevs:

1

2

Vem är idén till för?

Hur gör idén det bättre för patienten?

Hur gör idén det bättre för verksamheten?

Tips! Rita och skriv tydligt. Denna ska självständigt kunna förmedla er idé!

Guidebok för utveckling av personcenterade vårdtjänster

Utveckla idéer och prototyper

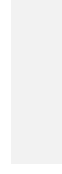
Det här fungerade...

.....



Det här kan förbättras...

.....



Frågeställningar...

.....



Nya idéer...

.....



Feedbackcanvas

	Före	Under	Efter
Patientresa			
Det patienten kan se			
Det som sker i bakgrunden			

Förberedande	Genomförande	Uppföljning
Vad behöver ni förbereda? - - - -	Vad ska ni genomföra? - - - -	Vad ska ni följa upp? - - - -
Hur ska ni göra det? - - - - -	Hur ska ni göra det? - - - -	Hur ska ni göra det? - - - -
När ska ni göra det? - - - -	När ska ni göra det? - - - -	När ska ni göra det? - - - -