

# Framtidens rond – ett personcentrerat och teambaserat möte med patienten

## DEN TRADITIONELLA RONDEN GÅR INTE ATT FÖRSVARA ETISKT ELLER JURIDISKT

Den medicinska rondan är en central, dagligt återkommande aktivitet på flertalet vårdavdelningar. Den har beskrivits som en komplex klinisk process under vilken vården av inläggande patienter på sjukhus ses över [1]. Under rondan fattas en mängd medicinska beslut, samtidigt som den också innefattar någon form av kommunikation med patienten. I den svenska Nationalencyklopedin definieras rondan enligt följande: »rundvandring, benämning på en arbetsform som sedan länge använts på sjukhusen. Den traditionella rondan består i att läkare, sjuksköterskor och annan personal söker upp patienterna på en avdelning. Rondan ger läkaren möjlighet att fortlöpande bedöma patientens tillstånd och följa effekten av behandlingen ...« I definitionen framträder en bild där läkaren och sjukdomen står i fokus.

På många sjukhusavdelningar i Sverige är det fortfarande så att en läkare leder en grupp bestående av vårdpersonal, ibland även studenter, runt avdelningen för att se till ett antal patienter vid deras sängplatser. Ofta föregås »rondgåendet« av en så kallad sittrond där de aktuella patienterna går igenom av vårdteamet. Vid sängkanten informeras patienten om resultat från undersökningar, medicinska diagnoser och planerna för den fortsatta vården. Läkaren ges samtidigt möjlighet att undersöka och ställa frågor till patienten för att få en uppfattning om hälsotillståndet. Patienten får i sin tur möjlighet att ställa frågor till vårdpersonalen och att framföra sina önskemål. De som deltar under rondan får därmed ta del av vad som sagts och vad som beslutats [2].

Frågan är dock om det i vår tid kan anses försvarbart utifrån integritetshänsyn att fortsätta gå rond

»Sjukhusen som byggdes hade industrialismens arkitektur och effektivitetstänkande som modell.«

**Anders Ågård**, med dr, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg  
 ● anders.s.agard@vgregion.se

**Ingemar Engström**, professor, överläkare, Universitetssjukvårdens forskningscentrum, Örebro

**Ulrika Sandén**, jur dr, universitetslektor, juridiska institutionen, Umeå universitet

**Valdemar Erling**, överläkare, Kungälvssjukhus

på sjukhussalar där flera patienter vårdas samtidigt [3]. Det kan även ifrågasättas om en sådan rond kan betraktas som en effektiv vårdprocess och om mötesplatsen möjliggör ett personcentrerat förhållningsätt till patienten [4].

Syftet med artikeln är att belysa den traditionella sjukhusronden utifrån ett historiskt, etiskt och juridiskt perspektiv samt att diskutera sätt på vilka rondarbetet kan utvecklas.

### RONDENS HISTORIK

I slutet av 1800-talet hade de vetenskapliga framstegen gjort det möjligt att identifiera nya sjukdomsdiagnoser. Sjukhusen som byggdes hade industrialismens arkitektur och effektivitetstänkande som modell. I stora salar kunde det ligga upp till 30 patienter på rad. Sjukhusronden var i huvudsak utformad för att läkarna snabbt skulle kunna undersöka patienter och diagnostisera deras sjukdomar. Själva mötet med patienten var av underordnad betydelse. Kommunikationen var enkelriktad och utgjordes av summariska utfrågningar av patienterna. I Paris blev bland andra Charcot och Skoda diagnostiska världsstjärnor. Läkare från hela Europa kom på besök för att lära, och tog med sig de kliniska läromästarnas sätt att ronda hem. Detta bidrog i sin tur till att rondan som företeelse institutionaliserades och att synen på patienten som objekt konserverades under lång tid [5]. Det faktum att dagens sjukhusrund i flera avseenden genomförs på samma sätt talar för att det handlar om en djupt rotad tradition. Det hävdas till och med att rondan utvecklats till klinikkens mest betydelsebärande ritual [6].

### PATIENTENS PERSPEKTIV

Det finns många vittnesmål från patienter om personliga erfarenheter av att vara sjuk och hur interaktionen med sjukvårdspersonal har upplevts. Patienter har till exempel berättat om sina upplevelser av att inte bli sedd eller lyssnad på, att befinna sig i underläge vid samtal med läkaren och att vårdens fokus verkar vara själva sjukdomen och inte personen som är sjuk [4, 5]. Författaren och poeten Göran Tunström beskriver sin upplevelse av rondan under en sjukhusvistelse i boken »Under tiden« på följande sätt: »... en

### HUVUDBUDSKAP

- På många vårdavdelningar i Sverige utförs rondan på ett traditionellt sätt i form av läkarledda vandringar mellan sjukhussängar där också mötet med patienterna sker.
- Att den traditionella rondan har levt kvar under mycket lång tid talar för att det rör sig om en djupt rotad tradition eller rutin inom sjukvården.
- Erfarenheter från Sverige visar att det kan vara svårt att förändra rondrutiner.
- Vid förbättringsarbeten som rör rondans utförande bör etiska principer, som respekt för patientens integritet och rätt till delaktighet, tjäna som utgångspunkter.
- Det goda mötet är en förutsättning för personcentrerad vård.
- Det går inte längre att försvara den traditionella rondan etiskt eller juridiskt.

## FAKTA 1. Patienter om ronden

»My critique however, is purely of the ward round system. It is not a criticism of the integrity, ethics, pleasantness, and skills of the doctors who enthusiastically hunted down my pathology. The problem seemed to me that during the rounds those otherwise excellent physicians were stuck in an old-fashioned model that is now simply outdated and dysfunctional for the 21st century« [3].

»Ett ytterst personligt samtal mellan läkare och patient pågår just nu i sjuksalens offentlighet. Det går inte att blunda med öronen« [4].

»Den viktigaste tiden på dagen är de fem minuter när ronden kommer« [8].

»Jag har märkt att den sjuksköterska som bryr sig om mig väntar och ger mig ytterligare information när läkare och sjuksköterskor har lämnat rummet« [8].

»På en vanlig rond blir det som att läkaren talar över huvudet på en« [10].

svallvåg av vitt skum pressas in genom sjuksalens dörr och sprider sig över hela rummet, för att snabbt sugas ut igen. Det kallas Ronden. När en våg sugts ut uppstår vakuüm. Vad mumlade de om, vad betydde blickarna, varför stod dessa stela karyatider strax bakom läkarna utan att tala?»

För många patienter på sjukhus är ronden det enda tillfälle under dagen då man får chansen att träffa ansvarig läkare. Patienten kan inför mötet ha obesvarade frågor, förhoppningar som inte har infriats eller en oro som inte bemötts. Under rondsamtalen ges inte sällan en betydande mängd information på kort tid som patienten får försöka ta till sig [7]. En svensk studie har visat att patienter anser att det behövs mer tid för samtal i samband med ronden och att miljön för informationsutbytet inte är optimal [8]. Det är dessutom visat att patienter som vårdas på fyrbäddsrum riskerar att få mindre tid jämfört med patienter i enkelrum [9]. Överläkare Jörgen Tholstrup i Eksjö har uttryckt läkarens makt i förhållande till patienterna under den traditionella rondens på följande sätt: »Den är effektiv om man vill ta snabba beslut åt andra människor. Men den är inte speciellt bra om man vill kommunicera med människor. Det finns en inbyggd möjlighet att utnyttja repressiv makt i och med att läkaren ensam kan besluta vad som är viktigt och markera när samtalet är slut genom att gå ifrån sängen« [10]. Några exempel på citat från patienter om rondens ges i Fakta 1.

## RONDENS JURIDIK

En vägledande utgångspunkt för lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område är respekten för patientens integritet. I 5 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket bland annat innebär att vården särskilt ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvårdspersonal har enligt 6 kap 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) en skyldighet att visa patienten omtanke och respekt. Läkare och annan vårdpersonal omfattas av reglerna om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659). Reglerna om sekretess respektive tystnadsplikt avser att utgöra ett skydd för patientens personliga integritet. De innebär en presumtion för att patientuppgifter inte ska röjas för utomstående [11].

Frågan är om reglerna om sekretess och tystnadsplikt medger att patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden diskuteras vid en traditionell rond när det finns andra patienter i salen. Det är tillåtet att lämna ut patientuppgifter som omfattas av sekretess eller tystnadsplikt, om det står klart att varken patienten eller någon närstående till denne lider men av att uppgiften röjs. En sådan menprövning måste göras i varje enskilt fall, och den hälso- och sjukvårdspersonal som gör den måste sätta sig in i patientens situation och försöka förstå hur patienten skulle uppleva det om uppgifter om denne röjs för övriga patienter i flerbäddssalen [11, 12]. Om det inte kan uteslutas att den patient som rondas skulle uppleva det som obehagligt att en annan patient får kännedom om uppgifter som rör till exempel hans hälsotillstånd, får dessa inte röjas vid rondens.

Det är även tillåtet att röja uppgifter som omfattas av sekretess respektive tystnadsplikt om patienten ger sitt samtycke till det [13, 14]. Att inhämta ett rättsligt giltigt samtycke till att uppgifter röjs för övriga patienter i en flerbäddssal kan dock försvåras eller omöjliggöras om patienten till exempel är medvetslös, svårt smärtpåverkad, drabbad av demens eller är ett barn.

Slutsatsen är att om en menprövning hindrar att en patientuppgift röjs för övriga patienter, och om samtycke saknas från den patient vars uppgifter kommer att röjas under rondens är det inte förenligt med bestämmelserna om sekretess respektive tystnadsplikt att genomföra en traditionell rond i flerbäddsrum.

## ATT FÖRÄNDRA RONDEN

Det finns en rad utländska och svenska initiativ som syftar till att utveckla rutinerna för rondens genomförande. Vikten av en ökad patientsäkerhet och en förbättrad kommunikation mellan patient och vårdpersonal har särskilt betonats. Nedan beskrivs två principiellt olika utgångspunkter för arbetet med att utveckla rondens; riktlinjer och checklistor för att

---

»Om det inte kan uteslutas att den patient som rondas skulle uppleva det som obehagligt att en annan patient får kännedom om uppgifter som rör till exempel hans hälsotillstånd, får dessa inte röjas vid rondens.«

---

standardisera rondarbetet respektive betoning av medicin-etiska principer.

## Riktlinjer för ett bättre rondarbete

I England presenterade Royal College of Physicians och Royal College of Nursing 2012 gemensamma riktlinjer för ett bättre rondarbete [15]. Syftet var att identifiera ett antal centrala principer för rondens och att definiera rondens syfte (Fakta 2). Riktlinjerna kan även ses som ett svar på den kritik som framförts av patienter mot läkares bristande kommunikation och respekt [16].

Vid framtagandet av dokumentet utgick man från

## FAKTA 2. Rondens innehåll [15]

- Diagnostiska överväganden.
- Vårdning av patientens sjukdomsförlopp i förhållande till det förväntade.
- Beslut om undersökningar och behandlingsalternativ, inkluderande begränsning av vårdåtgärder.
- Planering inför utskrivning.
- Information om ovanstående till berörd vårdpersonal, patienten och närstående.
- Genomgång av faktorer av betydelse för patientsäkerheten.
- Utbildning av vårdpersonal.

tillgänglig kunskap om sjukhusrond och interprofessionellt samarbete, inkluderande goda exempel från vården [17-20]. Inom kirurgin fanns till exempel goda erfarenheter av att använda en checklista innehållande bland annat en beskrivning av patientsäkerhetsrisker som ska gås igenom under rond och påminnelser till personalen om att stanna upp under rond för att kommunicera med varandra. Under dessa stopp ska teamet kontrollera att det finns en samsyn rörande patientens hälsotillstånd, att dokumentationen är tillfyllest, att teammedlemmarna är klara över sina respektive arbetsuppgifter efter rond och att det inte finns något annat som behöver diskuteras [21].

I riktlinjerna beskrivs även ett antal utmaningar:

- Hur får man till ett välfungerande teamarbete?
- Hur bör rond struktureras?
- Hur kan kommunikationen med patienter och närstående förbättras?
- Hur säkerställs patientsäkerhet och adekvat dokumentation av beslut?

Till de olika frågorna ges ett antal rekommendationer, exempelvis att använda en checklista under rond för att säkerställa att den innefattar en strukturerad genomgång av olika aspekter som rör patientsäkerhet, inkluderande läkemedelsbehandling, förekomst av smärta och sår samt eventuellt behov av trombosprofylax och intravenösa infusioner. Ett annat exempel är att kommunicera information om patienter på ett strukturerat sätt, till exempel genom att utgå från rubrikerna »situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation« (SBAR). Denna typ av överrapportering anses ha blivit allt viktigare på grund av dålig kontinuitet på sjukhus, både när det gäller vilka som vårdar och var vården sker. Som en del av förberedelserna inför rond rekommenderas sjuksköterskor att samtala med sina patienter för att fånga upp frågor som kan vara viktiga för patienten att ta upp. Efter rond bör teamet samlas för en kort reflektion och för att gå igenom vilka uppgifter som ska utföras, i vilken ordning och av vem.

Vi ser många goda förslag i de brittiska riktlinjerna om rond, men också en del problem. Utifrån ett svenskt perspektiv kan det tyckas märkligt att behöva betona att sjuksköterskor ska avsätta tid för rond och att de har en viktig funktion att fylla under densamma. Man ifrågasätter knappast alls att inter-

## FAKTA 3. Teambaserad och personcentrerad rond (Kungälv, Eksjö)

### ETIKEN SOM UTGÅNGSPUNKT

- Det goda mötet är en förutsättning för personcentrerad vård, liksom för att kunna visa patienten omtanke och respekt.
- Patientens berättelse tillmäts central betydelse.
- Patientens integritet ska respekteras.
- Patienten har rätt till individuellt anpassad information.
- Patienten har rätt att påverka beslut som rör den egna vårdens innehåll.
- Vårdprofessionernas olika kompetenser bör tillvaratas för att få en helhetssyn på patienten.
- Läkare och övrig vårdpersonal arbetar tillsammans för patientens bästa.

### PRAKTISKT UTFÖRANDE

- Patienten möter vårdteamet i ett enskilt rum för att tillsammans gå igenom patientens hälsotillstånd och gemensamt arbeta fram en vårdplan.
- Samtal med eller bedömning av patienten sker utifrån det medicinska behovet och patientens önskemål, inte som en daglig rutin.
- Administrativa uppgifter utförs under rond.
- Journalföring sker i ett gemensamt dokument.
- Vårdteamet avsätter dagligen tid för gemensam reflektion.

### POSITIVA EFFEKTER

- Förbättrade förutsättningar att samtala med patienten.
- Patientens integritet respekteras.
- Ökad patientdelaktighet i beslut.
- Effektivare vårdplanering:
  - ersätter två ronder (sittrond + gångrond)
  - kommunikationen mellan vårdprofessioner underlättas
  - minskat behov av överrapportering
  - enklare utskrivningssamtal.
- Ökad arbetsglädje i vårdteamet.

### SVÅRIGHETER

- Att skapa en miljö där patienten upplever tillit och känner sig bekväm med att samtala öppet inför det samlade vårdteamet.
- Att övervinna det motstånd som kan finnas inom verksamheten eller sjukhuset mot att ändra rondrutiner.

aktionen med patienterna äger rum vid sängkanten. I dokumentet kan man till exempel läsa att det bör avsättas tid för att »vid sängkanten« informera patienten och att svara på frågor, liksom att »ronder erbjuder en stor möjlighet att bygga förtroende och relationer«. Samtidigt redogörs för barriärer som riskerar att påverka kommunikationen med patienter negativt:

- En begränsad tid kan ägnas åt varje patient (i genomsnitt <10 minuter).
- Det är svårt att hinna bygga upp relationer med patienter på grund av täta personalbyten.
- Ronder med många deltagare kan verka skrämmande.
- Andra patienter på salen kan ta del av det som sägs.

Om sekretess och värdighet skrivs i princip endast att dessa faktorer påverkas mycket av avdelningens utformning och det utrymme som finns.

### Etik och det goda mötet som utgångspunkt

I Sverige har man på vissa sjukhus försökt, och på vissa avdelningar lyckats, ersätta den traditionella

ronden med en »teambaserad och personcentrerad rond«. Det rör sig bland annat om medicinkliniker på Kungälv's sjukhus och Höglandsjukhuset i Eksjö samt en avdelning på Radiumhemmet på Karolinska sjukhuset (Fakta 3). Gemensamt för dessa är att det funnits engagerade läkare som varit drivande och att man utgått från viktiga etiska värden i förändringsarbetet, i första hand respekt för patientens integritet och rätt till delaktighet i vården. Den narrativa medicinen kan också sägas ha tjänat som en inspirationskälla, då man betonat betydelsen av att skapa plats för »det goda mötet« och för patientens berättelse [22].

Sedan några år tillbaka bedrivs vården på ett par avdelningar på Östra sjukhuset i Göteborg utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Detta innebär bland annat att patienterna tillfrågas om sjukdomarnas påverkan på livet och om deras önskemål eller förhoppningar rörande vårdens innehåll och resultat. Vårdplanering sker i samråd med patienten, och ett preliminärt utskrivningsdatum bestäms gemensamt. Vid utskrivningen får patienten med sig skriftlig information om vårdförloppet, planerad uppföljning och aktuella ordinationer. Den personcentrerade vården har bland annat visat sig minska antalet vård dagar för patienter med hjärtsvikt eller som har genomgått höftoperation [23, 24].

Många som arbetar inom sjukvården ser säkert fördelar med en rond som präglas av ett strukturerat interprofessionellt samarbete och en mindre hierarkisk vårdrelation till patienten. Samtidigt finns både vittnesmål och systematiska utvärderingar kring de problem som kan vara förknippade med införandet av en ny rondrutin. Läkare kan uppleva en begränsning av den professionella autonomin när andra teammedlemmars uppfattningar och förslag också ska beaktas. Den professionella identiteten kan utmanas av att diskussionerna under rondens inte enbart kretsar kring biomedicinska frågeställningar utan även kring patientens perspektiv, till exempel hur vården bör anpassas till patientens livssituation och egna önskemål. Läkare kan dessutom känna sig obekväma med att leda en teambaserad och patientcentrerad rond och att visa eventuella kunskapsluckor inför andra [21, 25, 26].

### DISKUSSION

Det finns ingen standardmodell för hur rondarbetet bör bedrivas på vårdenheter med inneliggande patienter. Ett flertal faktorer kan påverka sättet att runda, till exempel vilken specialitet det handlar om, hur sjuk patienten är, om vårdtiden är kort eller lång, hur lokalerna ser ut samt vilken vårdkultur som råder. Den traditionella rondens kan förvisso genomföras på olika sätt, men centrala principer som man inte kan kompromissa med är att få patienter att känna sig sedda, välinformerade och delaktiga. Den enskilda patientens integritet på en flerbäddssal kan förbättras genom några enkla medel som att övriga patienter lämnar salen i väntan på sin tur om det går. Draperiet kring patientens sängplats bör dras för innan kroppsundersökning utförs. Vissa patienter kan erbjudas enskilt samtal senare under dagen, till exempel de som planeras skrivas ut eller som av andra skäl är i behov av ett längre samtal i ostördhet. För att i så stor utsträckning som möjligt minska patientens känsla

av att befinna sig i underläge bör antalet vårdpersonal som följer med in på salen begränsas. När samtal med patienten sker vid sängkanten bör man sätta sig på en stol för att hamna i jämnhöjd och signalera närvaro under den tid samtalet pågår, även om det är kort. En möjlighet som står till buds för att juridiskt kunna försvara att andra patienter kan komma att ta del av vad som sägs under rondens är att, före rondens, fråga samtliga patienter om samtycke till att samtal med vårdpersonal sker på salen. Man måste i så fall vara medveten om att patienterna befinner sig ett underläge som gör att det kan kännas svårt för dem att svara nej på frågan. Patienter bör även informeras om att studenter kan komma att delta i vården och under rondens.

I framtidens rond värnas alltid patientens integritet. Det finns både tid och rum avsatt för patientens berättelser. Kliniska beslut sker i samråd med patienten i en så jämlik relation som möjligt. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2017;114:ERRS

### SUMMARY

The aim of this article is to elucidate the traditional ward round from an historical, ethical and legal perspective. On the traditional ward round in hospitals, a senior clinician leads a group of other clinicians and health professionals on a walking tour through the ward to visit the patients for whom they are responsible at bedside. It is a long-lived tradition or routine, which has been substantially resistant to change. We recommend that work designed to improve the ward round should begin from values or ethical principles, such as respecting the patient's integrity and right to participate in decision-making. Moreover, the focal point should be creating opportunities for »the good meeting« and patient narratives. A team-based, person-centred ward round has been implemented in some hospitals in Sweden. The patient meets the ward team in a separate room to discuss the plan of care together. We argue that it is no longer possible to defend the traditional way of walking rounds, either ethically or legally.

## REFERENSER

1. Herring R, Desai T, Caldwell G. Quality and safety at the point of care: how long should a ward round take? *Clin Med (Lond)*. 2011;11(1):20-2.
2. O'Hare JA. Anatomy of the ward round. *Eur J Intern Med*. 2008;19(5):309-13.
3. Sweet GS, Wilson HJ. A patient's experience of ward rounds. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):150-1.
4. Lötqvall J. »Man kan inte blunda med öronen – skrota ronden nu«. *Dagens Nyheter*. DN Debatt. 16 apr 2017.
5. Erling V. Om konsten att ronda. I: *Kultur och hälsa i praktiken*. Sigurdson O, Sjölander A, redaktörer. Kultur och hälsa i praktiken. Göteborg: Göteborgs universitet; 2016. p. 151-74.
6. Johannisson K, Nilsson I, Qvarsell R, redaktörer. *Medicinen blir till vetenskap*. Karolinska institutet under två århundraden. Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2010. p. 54.
7. Weber H, Stöckli M, Nübling M, et al. Communication during ward rounds in internal medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):343-8.
8. Swenne LC, Skytt B. The ward round - patient experiences and barriers to participation. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(2):297-304.
9. van de Glind I, van Dulmen S, Goossens A. Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Educ Couns*. 2008;73(2):215-9.
10. Gustafson M. I Eksjö går patienten ronden. *Västmannakontakt*; 2005. <http://www.magnusgustafson.se/?p=401>
11. Sandén U. Sekretess och tystnadsplikt inom offentlig och privat hälso- och sjukvård - ett skydd för patientens personliga integritet. *Skrifter från juridiska institutionen vid Umeå universitet*, Nr 27. Uppsala: Iustus Förlag; 2012. p. 149 ff.
12. Prop. 1979/80:2 med förslag till sekretesslag m m. p. 83.
13. SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslag. 12 kap 2 § st 1.
14. Prop. 1980/81:28 om följdagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkringen. p. 23.
15. Ward rounds in medicine: principles for best practice. London: Royal College of Physicians, Royal College of Nursing; 2012.
16. Ward rounds: what goes around comes around [ledare]. *Lancet*. 2012;380(9850):1281.
17. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD000072.
18. Herring R, Caldwell G, Jackson S. Implementation of a considerate checklist to improve productivity and team working on medical wards rounds. *Clin Gov*. 2011;16(2):129-36.
19. O'Mahony S, Mazur E, Charney P, et al. Use of multidisciplinary rounds to simultaneously improve quality outcomes, enhance resident education, and shorten length of stay. *J Gen Intern Med*. 2007;22(8):1073-9.
20. O'Leary KJ, Wayne DB, Haviley C, et al. Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a medical teaching unit. *J Gen Intern Med*. 2010;25(8):826-32.
21. Amin Y, Grewcock D, Andrews S, et al. Why patients need leaders: introducing a ward safety checklist. *J R Soc Med*. 2012;105(9):377-83.
22. Sharon R. *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
23. Olsson LE, Karlsson J, Ekman I. The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *J Orthop Surg Res*. 2006;1:3.
24. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*. 2012;33(9):1112-9.
25. Bååthe F, Ahlberg G Jr, Lagström A, et al. Physician experiences of patient-centered and team-based ward rounding - an interview based case-study. *J Hosp Adm*. 2014;3(6):127-42.
26. Bååthe F, Ahlberg G Jr, Edgren L, et al. (2016). *Uncovering paradoxes from physicians' experiences of patient-centered ward-round. Leaders Health Serv (Bradf Engl)*. 2016;29(2):168-84.