

**Hälsouniversitetet**  
Arbetsterapeutprogrammet

*Slutversion*  
*- språkgranskad*

**Arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering och  
möjlighet till ett klientcentrerat möte - en fokusgruppstudie**

Författare: Gunilla Larsson

Handledare: Pia Käcker

Godkänd version: \_\_\_\_\_  
Signatur av handledare

Antal sidor: 30

Datum:

## Hälsouniversitetet

### Arbetsterapeutprogrammet

<b>Arbetets art:</b>	Uppsatsarbete omfattande 15 högskolepoäng, 90 poängsnivå.
<b>Titel:</b>	Arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering och möjlighet till ett klientcentrerat möte – en Fokusgruppstudie
<b>Titel på engelska:</b>	The occupational therapist`s role in the coordinated care planning and how to create a client-centered meeting - a focus group study
<b>Författare:</b>	Gunilla Larsson
<b>Handledare:</b>	Pia Käcker
<b>Termin:</b>	Våren 2011
<b>Antal sidor:</b>	30

### SAMMANFATTNING

Antalet utskrivningsklara patienter inom länssjukvården i Sverige var mellan 1100 och 1300 personer, en viss mättdag. Landsting och kommuner har, via samordnad vårdplanering, en skyldighet att samverka vid utskrivningen av dessa patienter. Patienten ska erbjudas en sammanhängande vårdkedja. Tidigare studier har visat på en låg patientdelaktighet vid samordnad vårdplanering. Studiens syfte är att undersöka hur en grupp arbetsterapeuter och en grupp biståndshandläggare uppfattar den kommunala arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering samt hur klientcentreringen kan stärkas i vårdplaneringsmötet. Två fokusgrupper har genomförts, med 6 arbetsterapeuter, respektive 3 biståndshandläggare. Sex teman framträdde vid analysen: arbetsterapeuten som stöd för en aktiv och fungerande vardag, arbetsterapeuten som stöd vid biståndsbedömning, arbetsterapeuten som trygghetsskapare och brobyggare, samsyn i teamet, vårdplaneringsmötets form och struktur samt maktfördelning under vårdplaneringsmötet. Arbetsterapeutens kunskap om människan i aktivitet bidrar till den trygghet patient och anhöriga behöver för att den enskilde ska kunna återvända hem. Medverkan av kommunens arbetsterapeut vid samordnad vårdplanering kan medverka till en mer komplett vårdplan med uppgifter om funktions- och aktivitetsförmåga samt tydliga mål, menar författaren. Fokusgrupperna hade en stark strävan att stärka den enskildes autonomi och presenterade många aspekter på klientcentrering i vårdplaneringsmötet.

**Sökord:** Arbetsterapi, samordnad vårdplanering, klientcentrering, teamarbete, fokusgrupp

**Faculty of Health Sciences**  
Occupational Therapy Programme

**Title:** The occupational therapist's role in the coordinated care planning and how to create a client-centered meeting - a focus group study

**Author:** Gunilla Larsson

**Term:** Spring 2011

**ABSTRACT**

The number of patients ready for discharge within county health care is between 1100 and 1300, a measurement day. County councils and municipalities have an obligation to collaborate in discharge planning. Through coordinated care planning, the patient should have a coherent health-care chain. Previous studies show low patient participation in coordinated care planning. The purpose of this study is to highlight occupational therapists and assistance officer's view of local occupational therapist's role in coordinated care planning and how client centering can be strengthened in the care planning meeting. Two focus groups were conducted, with six occupational therapists, and three assistance officers. Six themes emerged: occupational therapist supporting active and functioning life, occupational therapists supporting aid decision, occupational therapist creating safety and bridges, team consensus, form of and power during care planning meeting. The occupational therapist's knowledge about man in activity, contributes to the security the patient and their family need so that the individual can return home. The author believes that occupational therapist involvement in coordinated care planning will contribute to a more complete care plan. The focus groups had a strong desire to strengthen the individual's autonomy and introduced many aspects of client-centeredness for care planning meetings.

**Key words:** Occupational therapy, coordinated care planning, client-centeredness, teamwork, Focus Group

## *Innehållsförteckning*

1. INLEDNING.....	1
2. BAKGRUND.....	1
2.1 Samordnad vårdplanering .....	1
2.2 Arbetsterapi .....	2
2.2.1 Klientcentrering inom arbetsterapi .....	2
2.3 Tidigare studier.....	3
3. SYFTE.....	5
4. METOD.....	5
4.1 Metodval.....	5
4.2 Urval.....	5
4.3 Genomförande.....	6
4.4 Analys.....	7
4.5 Etik.....	8
5. RESULTAT.....	8
5.1 Den kommunala arbetsterapeutens funktion .....	8
5.1.1 Arbetsterapeuten som stöd för en aktiv, fungerande vardag .....	8
5.1.2 Arbetsterapeuten som stöd vid biståndsbedömning .....	9
5.1.3 Arbetsterapeuten som trygghetskapare och brobyggare .....	10
5.2 Klientcentrering.....	10
5.2.1 Samsyn i teamet .....	11
5.2.2 Vårdplaneringsmötets form och struktur .....	11
5.2.3 Maktfördelning under vårdplaneringsmötet .....	12
6. DISKUSSION.....	13
6.1 Metoddiskussion.....	13
6.2 Resultatdiskussion.....	13
6.2.1 Den kommunala arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering .....	13
6.2.2 Klientcentrering vid samordnad vårdplanering .....	14
6.3 Fortsatt forskning.....	16
7. KONKLUSION.....	17
Referenser .....	18
Bilagor	

# Arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering samt möjlighet till ett klientcentrerat möte – en fokusgruppsstudie

## 1. INLEDNING

Med ett ökande antal äldre och allt kortare vårdtider i slutenvården har kommunerna, efter ädelreformen, fått ett ökat ansvar för rehabilitering. Vid utskrivning från länssjukvården finns ofta behov av rehabiliteringspersonalens insatser. Det gäller såväl direkt vid hemgång, som under den närmaste tiden efter utskrivning (Socialstyrelsen, 2000a). Samordnad vårdplanering har blivit ett viktigt forum för att uppmärksamma dessa behov av rehabiliteringsinsatser. I takt med att hemrehabilitering har utvecklats i många kommuner har också deltagandet av arbetsterapeuter och sjukgymnaster i den samordnade vårdplaneringen ökat. Hur bör en samordnad vårdplanering gå till? Vilka funktioner har kommunens arbetsterapeut respektive sjukgymnast? Hur många personer bör delta? Detta är frågor som ofta diskuteras. Den här studien syftar till att ge fördjupade kunskaper om hur de professionella, biståndshandläggare och arbetsterapeuter ser på den kommunala arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering och hur den enskildes delaktighet kan öka.

## 2. BAKGRUND

### 2.1 Samordnad vårdplanering

Landsting och kommuner har en skyldighet att samverka vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården. Rutiner ska utarbetas för samordnad vårdplanering och informationsöverföring vid behov av fortsatta insatser i öppen vård. Detta regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:27). Det är den behandlande läkaren i slutenvården som fastslår hur vårdplaneringen ska genomföras, efter samråd med patienten, närstående och berörda enheter. Det vanligaste är att vårdplaneringen sker genom ett möte men den kan också genomföras via telefon eller videokonferens. (Socialstyrelsen, 2005)

Genom vårdplaneringen ska patienten få en sammanhållen vård- och omsorgskedja vid utskrivningen från sjukhuset. Det ska framgå klart av vårdplanen vilka insatser som behövs efter utskrivningen för att patienten ska erhålla en god hälso- och sjukvård och socialtjänst. Förutom patient och närstående, ska sådan personal, från berörda enheter, som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov, delta i vårdplaneringen. Bland de uppgifter som ska finnas med i vårdplanen nämns rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. (Socialstyrelsen, 2005; Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, 2007)

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, (SOSFS 2007:10), ställs också krav på att habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel planeras i samverkan med den enskilde och att en plan upprättas (Socialstyrelsen, 2007).

Antalet utskrivningsklara patienter inom länssjukvården i Sverige har, enligt inventeringar gjorda av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2007), stabiliserats och var mellan 1 100 och 1 300 patienter en viss mättdag. Mer än hälften av de utskrivningsklara patienterna var 80 år och äldre. Vid en granskning av slutenvårdsjournaler för utskrivningsklara patienter, 65 år och äldre, fann man att de flesta patienter bodde i ordinärt boende innan de skrevs in på sjukhuset. Drygt hälften skrevs dock ut till ett korttidsboende. Den siffran varierade mellan sjukhusen

från 10 % som lägst till 70% som högst. I 83% av de granskade ärendena fanns en vårdplan upprättad. I de flesta fall angavs dock endast biståndsbedömda insatser i vårdplanen medan uppgifter om patientens funktions- och aktivitetsförmåga ofta var ofullständiga. Målsättning för planerade insatser saknades också i över 90% av de granskade vårdplanerna. Det framgick som regel inte heller av dokumentationen om arbetsterapeut eller sjukgymnast deltagit i vårdplaneringen. I granskningen drar man slutsatsen att lokalt utvecklingsarbete behövs för att vårdplanerna ska motsvara lagens intentioner. (Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, 2007)

Socialstyrelsens rapport, Äldreuppdraget (2000:9) lyfter fram att kunskapen om den enskilde patienten bör öka hos dem som medverkar i vårdplaneringsprocessen. För en allsidig belysning i det enskilda fallet bör personer med olika kompetens medverka. Rehabiliteringspersonalens kompetens är i det sammanhanget viktig. (Socialstyrelsen, 2000b)

I samband med samordnad vårdplanering beviljas ofta insatser enligt Socialtjänstlagen. Det är kommunens biståndshandläggare som fattar beslut om sådana insatser efter ansökan från den enskilde. I socialtjänstlagen står det att insatserna ska ge den enskilde möjlighet att leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag. (Socialstyrelsen, 2001)

Äldre personer ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt och ha tillgång till god vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2002).

Förutom insatser enligt Socialtjänstlagen planeras ofta fortsatt vård och behandling enligt Hälso- och sjukvårdslagen, vid samordnad vårdplanering. Insatserna ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Behov av hälso- och sjukvårdsinsats bedöms av legitimerad personal (Socialstyrelsen, 1982). Det är vanligt att kommunens distriktssköterska medverkar vid samordnad vårdplanering. Fortsatta insatser från arbetsterapeut och/eller sjukgymnast kan också vara aktuellt och ibland medverkar dessa yrkesgrupper vid den samordnade vårdplaneringen.

## **2.2 Arbetsterapi**

Arbetsterapi ska främja den enskildes möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med egna önskemål och behov och i förhållande till omgivningens krav (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter [FSA], u.å.).

En av utgångspunkterna för arbetsterapi är att aktivitet skapar mening i livet och är viktig för hälsoupplevelsen hos den enskilde individen. En persons aktivitetsmönster kan beskrivas som ett resultat av samspelet mellan individens förmåga, aktiviteterna och faktorer i omgivningen. Arbetsterapeutens främsta uppgift är att möjliggöra meningsfull aktivitet för den enskilde och insatserna kan ges på såväl individ- som aktivitets- eller omgivningsnivå. (Townsend & Polatajko, 2007).

### **2.2.1 Klientcentrering inom arbetsterapi**

Grundläggande inom arbetsterapi är att verksamheten ska vara klientcentrerad. Begreppet klientcentrering kommer ursprungligen från psykolog Carl Rogers (1902–1987). Han menade att människor som erhåller vård och service har förmåga att spela en aktiv roll när det gäller att identifiera och lösa sina egna problem. Terapeutens roll är att underlätta och möjliggöra denna process. (Law, 1998)

Klientcentrerad praktik inom arbetsterapi definieras som ett samarbete mellan den enskilde och arbetsterapeuten med syftet att möjliggöra meningsfull aktivitet. Arbetsterapeuten ska visa respekt för den enskildes integritet och autonomi och involvera den enskilde i beslutsprocessen. Den enskildes erfarenhet och kunskap ska respekteras och insatserna bygga på individens val och önskemål. Arbetsterapeutens uppgift är att ge den enskilde stöd och underlag för att göra dessa aktiva val. Terapeuten kan inte skapa förändring, den måste komma från den individen själv som ser den som viktig och önskvärd. Centralt i klientcentrerad arbetsterapi är också respekten för den enskildes rätt att ta risker för att uppnå sina mål. De arbetsterapeutiska insatserna ska ge den enskilde förutsättningar att forma sitt eget liv. (Kielhofner, 2009; Law, 1998; Townsend m.fl., 1997; Townsend & Polatajko, 2007)

Sumsion och Law (2006) poängterar maktens betydelse för möjligheten att arbeta klientcentrerat. Inom hälso- och sjukvård har personalen ofta makt över patienten vilket påverkar delaktighet och måluppfyllelse. Även anhöriga kan utöva makt över den enskilde. För ett sant klientcentrerat arbetssätt behövs ett maktskifte. (a.a.)

Följande begrepp är grundläggande för klientcentrerad arbetsterapi:

- Den enskildes rätt att göra egna val, ta risker och eget ansvar
- Den enskildes delaktighet
- Att se möjligheter
- Förändring
- Rättvisa
- Maktdelning

(Townsend & Polatajko, 2007)

I den här studien används begreppen delaktighet och självbestämmande parallellt med begreppet klientcentrering.

### **2.3 Tidigare studier**

Under senare år har det publicerats en del forskning kring samordnad vårdplanering. Med videoinspelade alternativt observerade vårdplaneringar som underlag, är det främst den enskildes upplevelse och ställning som studerats men också formen och innehållet i mötet. Flera studier visar på låg patientdelaktighet (N. Andersson, 2003; U. Andersson, 2005; Efraimsson, 2005; Hedberg, Johansson & Cederborg, 2008).

Efraimsson (2005) beskriver den värdegrund samordnad vårdplanering vilar på genom att lyfta fram tre huvudfrågor:

- patientens rätt till självbestämmande, integritet och normalitet
- personalgruppernas skyldighet att samverka för att åstadkomma en god och säker vård ur såväl medicinska som sociala aspekter
- ett ekonomisk perspektiv, där snabb utskrivning från slutenvården är högt prioriterad

Kvinnorna i de samordnade vårdplaneringsmöten som ingick i studierna, hade liten möjlighet att påverka vården och deras förhandlingsutrymme var begränsat. De befann sig i en existentiellt sårbar situation och kände sig oförberedda inför mötet. Resultatet ifrågasätter vårdplaneringsmötets relevans i samband med utskrivning från slutenvården. (a.a.)

N. Andersson (2003) fann i sin studie av samordnade vårdplaneringar för äldre, att den äldre efter mötet hade svårt att minnas vilka som deltog, vad som sades och beslutades. För att öka den enskildes talutrymme och delaktighet föreslår N. Andersson att mer information ges både före och under vårdplaneringsmötet. En vårdplaneringsmodell i två akter presenteras. I den första akten står sjukhusvistelsen i fokus. Information ges av sjukhusets personal angående intagningsorsak, insatser under sjukhusvistelsen och fortsatta medicinska behov. Den andra akten håller kommunens biståndshandläggare i och då ligger fokus på den enskildes önskemål och behov efter sjukhusvistelsen. Information ges då om kommunens insatser. (N. Andersson, 2003, 2005).

Även U. Andersson (2005) ser bristande information som en orsak till låg delaktighet av den äldre vid samordnad vårdplanering. Samma författare pekar också på mötesmiljöns betydelse. Den enskilde kommer lätt i "underläge" när vårdplaneringen sker i sjukhusmiljö. När vårdplaneringen sker i hemmet blir förhållandet ett annat. (a.a.)

Hedberg, Johansson och Cederborg (2008) har studerat vårdplaneringsmöten för strokepatienter och funnit att personalen ofta dominerar mötena. De menar att en ökad kunskap om hur den enskilde görs delaktig, behövs hos personalen.

Arbetsterapeutens roll tas inte upp i någon av de studier om samordnad vårdplanering, författaren funnit. Däremot finns studier publicerade angående arbetsterapeutens medverkan i utskrivningsprocessen på sjukhus och om klientcentrering inom arbetsterapi.

Pethybridge (2004) har studerat hur teamarbete påverkar utskrivningsprocessen från ett akutsjukhus i England och fann att teamarbete som bygger på förtroende och kommunikation i en lärande organisation och med gott ledarskap är betydelsefullt för en bra och effektiv utskrivningsprocess. I sina studier fann Pethybridge att arbetsterapeuten spelade en aktiv roll i teamarbetet och bidrog med mycket information som var viktig i utskrivningsprocessen. Arbetsterapeuten samtalade också med den enskilde angående behov och förutsättningar i samband med utskrivningen. Patienten var däremot sällan med vid de teamkonferenser där utskrivningen planerades. Utskrivningsprocessen styrdes snarare av organisatoriska förutsättningar och behov såsom platsbrist på sjukhuset, än den enskildes önskemål och behov. (a.a.)

Atwal och Caldwell (2003) menar att arbetsterapeuten inom slutenvården ofta ställs inför etiska dilemman vid sin medverkan i utskrivningsplaneringen. Dessa dilemman har ökat med snabbare utskrivningar och platsbrist. Den enskildes rätt att värdera risker och ta egna beslut kolliderar t ex ofta med principerna att göra gott och inte skada. Att göra gott och inte skada uppfattas innebära att skydda den enskilde från risker, inte att stödja individen i valet att ta risker. För att uppnå klientcentrering inom arbetsterapiverksamheten måste den enskilde göras delaktig genom hela planeringen och beslutsprocessen menar Atwal och Caldwell. Grundläggande är då de fyra etiska principerna: autonomi, att göra gott, att inte skada och rättvisa. I sin studie fann författarna att de intervjuade arbetsterapeuterna ofta bröt mot alla fyra principerna. (a.a.)



Moats och Doble (2006) har studerat arbetsterapeutens medverkan i utskrivningsplaneringen för äldre på sjukhus. De menar att individens autonomi kan stärkas genom att arbetsterapeuten informerar om de möjligheter och risker som följer med den enskildes önskemål. Teamet bör sedan respektera den enskildes rätt att ta vissa risker för att uppnå sina önskemål (a.a.). Mer tid behöver läggas på att identifiera såväl den enskildes önskemål och prioriteringar som de risker som olika lösningar innebär, i samband med utskrivning från sjukhus. Denna tid blir dock allt svårare att avsätta i dagens pressad sjukvårdsorganisation (Durocher & Gibson, 2010). Möjligheten till klientcentrering påverkades emellertid av verksamhetens inriktning. Inom akutkliniker råder det biomedicinska synsättet och arbetsterapeuterna upplever att lite utrymme finns för den enskildes önskemål och delaktighet. På rehabiliteringsenheter och geriatriska kliniker finns större möjligheter till klientcentrerat arbetssätt. Den enskildes tillstånd påverkar också möjligheten till delaktighet och självbestämmande. (Maitra & Erway, 2006; Moats, 2006, 2007).

Ett klientcentrerat arbetssätt inom arbetsterapi, förbättrar patientnöjdheten, ökar följsamheten i behandlingen och förbättrar det funktionella resultatet (Sumsion & Law, 2006). Det kan dock finnas ett gap mellan arbetsterapeuternas upplevelse av att arbeta klientcentrerat och patienternas upplevelse av delaktighet (Maitra & Erway, 2006).

I de studier författaren funnit, presenteras enbart arbetsterapeutrollen inom slutenvård. Inte i någon studie finns det kommunala arbetsterapeutperspektivet. Författaren ser ett behov av att studera den kommunala arbetsterapeutens specifika funktion vid samordnad vårdplanering. Detta då tidigare kartläggningar visar att uppgifter om funktions- och aktivitetsförmåga samt mål ofta saknas i de vårdplaner som tas fram vid samordnad vårdplanering (Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, 2007).

### **3. SYFTE**

Studiens syfte är att undersöka hur en grupp arbetsterapeuter och en grupp biståndshandläggare uppfattar den kommunala arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering samt hur klientcentreringen kan stärkas i vårdplaneringsmötet.

### **4. METOD**

#### **4.1 Metodval**

Studien har en kvalitativ ansats och fokusgrupper har använts som metod. Fokusgrupp är en forskningsmetod där data inom ett visst ämne samlas in genom gruppinteraktion och där forskaren bestämmer ämnet. Utmärkande för fokusgrupper är interaktionen som sker mellan gruppdeltagarna. Ett samspel sker i gruppen mellan olika tankegångar, idéer och argument och en bredare skala av idéer kommer fram än vid intervjuer med enskilda personer (Wibeck, 2010). I denna studie ville författaren fånga arbetsterapeuters och biståndshandläggares uppfattningar om frågor kring samordnad vårdplanering och valde därför fokusgrupp som metod.

#### **4.2 Urval**

För att få en uppfattning om den kommunala arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering, valde författaren att intervjua arbetsterapeuter och biståndshandläggare.

För att gruppdeltagarna ska kunna utveckla kunskap i ett visst ämne bör de ha en gemensam grund. Personer med gemensamma erfarenheter och intresseområden är mer villiga att dela åsikter med varandra, menar Wibeck (2010), som rekommenderar att fokusgruppsintervjuerna görs med inbördes homogena grupper. Däremot kan de olika grupperna gärna skilja sig åt så att skillnader och likheter mellan grupper kan studeras (a.a.).

Med detta som utgångspunkt genomfördes två fokusgrupper, en med kommunala arbetsterapeuter och en med biståndshandläggare. Biståndshandläggarna är ofta den yrkesgrupp i kommunen som planerar och leder de samordnade vårdplaneringarna. Wibeck (2010) rekommenderar att fokusgrupper genomförs med fyra till sex deltagare. För rekrytering av deltagare använde sig författaren av ett kollegialt nätverk. Ett mail skickades ut till nätverkets medlemmar (bilaga 1). I mailet fanns en kort beskrivning av studiens syfte, datum för respektive intervju och en fråga om de kunde förmedla kontakt med arbetsterapeuter respektive biståndshandläggare som skulle kunna ingå i studien. De enda kriterier som angavs för deltagande var att personerna skulle ha erfarenhet av medverkan i samordnad vårdplanering. Sex kommunala arbetsterapeuter och fem biståndshandläggare rekryterades på detta sätt. Ytterligare ett par personer visade intresse men kunde inte delta de aktuella tiderna. Samma dag som fokusgruppen med biståndshandläggarna skulle genomföras meddelade två personer sena förhinder. Författaren valde att genomföra intervjun med de tre deltagare som återstod.

En arbetsterapeut hade fem års erfarenhet av arbete med samordnad vårdplanering, övriga arbetsterapeuter hade mer än tio års erfarenhet. Två av deltagarna ingick i fasta vårdplaneringsteam, vilket innebär att kommunen lägger ansvaret för samordnad vårdplanering på ett särskilt utsett team. Dessa team bestod av biståndshandläggare, distriktssköterska samt arbetsterapeut. För övriga arbetsterapeutdeltagare var det samordnade vårdplaneringsarbetet organiserat så att arbetsterapeut enbart deltog vid vissa tillfällen. Biståndshandläggare deltog alltid vid vårdplaneringstillfällena men vilka övriga yrkesgrupper som deltog varierade.

Två av de tre biståndsbedömarna hade tre års erfarenhet av samordnad vårdplanering och ingick i fasta vårdplaneringsteam. I ett av dessa vårdplaneringsteam ingick arbetsterapeut. Den tredje biståndshandläggaren hade lång erfarenhet av arbete med samordnad vårdplanering i olika organisationer. Hon hade erfarenhet av att samarbeta med arbetsterapeuter men inte av att ingå i fast vårdplaneringsteam.

### **4.3 Genomförande**

De båda fokusgrupperna genomfördes dagarna efter varandra med författaren som moderator. Med vid gruppintervjuerna var också en assistent. Hennes uppgift var att skriva stödanteckningar, sköta praktiska uppgifter under mötet och vara författarens bollplank efter mötet. Wibeck (2010) menar att en assistent kan vara bra för att avlasta moderatören praktiska uppgifter under samtalen samt för observation under samt debriefing efter samtalen.

Vid samtalen använde sig författaren av en intervjuguide (bilaga 2) som lagts upp enligt modell presenterad av Wibeck (2010). I denna modell delas frågorna in i öppningsfrågor, introduktionsfrågor, övergångsfrågor, nyckelfrågor samt avslutande frågor. Öppningsfrågornas syfte är att deltagarna ska bli bekanta med varandra och

känna att de har något gemensamt. Genom introduktions- och övergångsfrågor presenteras det ämne som ska diskuteras och deltagarna ges möjlighet att se ämnet i ett större perspektiv. Nyckelfrågorna är de frågor som är viktigast för analysen och mest tid ska ges till dessa frågor. Genom de avslutande frågorna ges deltagarna möjlighet att reflektera kring diskussionen. För att väcka frågor och uppmuntra till diskussion kan ett stimulusmaterial användas vid fokusgruppsintervjuer. (a.a.)

Nyckelfrågor i de två fokusgrupperna var

- Finns det tillfällen då kommunens arbetsterapeuter bör delta i samordnad vårdplanering? Vilken funktion har de i så fall?
- Hur tycker ni att kan den enskildes delaktighet och självbestämmande kan stärkas under en samordnad vårdplanering?

Författaren valde att använda begreppen delaktighet och självbestämmande i nyckelfrågorna då hon var osäker på om deltagarna var förtrogna med begreppet klientcentrering.

Samtliga frågor i fokusgrupperna var öppna frågor. Gruppen fick diskutera fritt och intervjuguiden var enbart ett stöd för moderatorn som ställde förtydligande följdfrågor bara om diskussionen i gruppen inte berörde de båda nyckelfrågorna tillräckligt uttömmande. I början av gruppdiskussionen användes ett stimulusmaterial (bilaga 3). I stimulusmaterialet beskrivs Fridas funderingar inför ett vårdplaneringsmöte. Frida är en fiktiv person och berättelsen bygger på studier av samordnad vårdplanering (Efrainsson, 2006).

Varje Fokusgrupp varade närmare två timmar. Samtalen såväl videofilmades som spelades in på kassettband. Wibeck (2010) rekommenderar att båda inspelningsmetoderna används samtidigt då videoinspelning gör att de olika talarna lättare kan skiljas åt medan bandinspelning oftast ger bättre ljudkvalitet. Assistenten förde också stödanteckningar under de två fokusgrupperna.

#### **4.4 Analys**

Centralt i analysprocessen för fokusgrupper är att finna mönster, göra jämförelser och ställa olika data från gruppdiskussionerna, mot varandra. Jämförelser kan göras inom en fokusgrupp men också mellan grupper. Olika analysnivåer kan användas och författaren valde att göra det som Wibeck (2010) kallar för en beskrivande analys. I denna analysmetod läggs fokus på att göra en beskrivning som grundar sig på rådata och mindre på att tolka det gruppdeltagarna säger. Ingen analys är dock helt fri från tolkning. (a.a.)

Med hjälp av video- och ljudupptagningarna transkriberades samtalen från de båda fokusgrupperna. Utskriften lästes igenom flera gånger av författaren för att hitta meningsbärande enheter och mönster. Författaren sökte också likheter och skillnader mellan de båda fokusgrupperna. Meningsbärande enheter kodades sedan efter de teman som författaren såg framträdde. Med utgångspunkt i begreppet klientcentrering studerades hur gruppdeltagarna beskrev olika aktörer vid samordnad vårdplanering samt hur de såg på dessa aktörers handlingsutrymme. Wibeck (2010) menar att i man i fokusgrupper, på detta sätt, kan analysera hur deltagarna avfärdar, hävdar eller problematiserar sitt eget och andras handlingsutrymme. Analysen kan sedan förklara varför människor känner maktlöshet eller upplever att de har möjlighet att påverka ett skeende. (a.a.)

Fokusgruppsdeltagarna fick ta del av hur de transkriberade citaten delats upp i teman och gavs möjlighet att lämna synpunkter om de uppfattade att diskussionerna återgetts på ett missvisande sätt. Inga sådana synpunkter lämnades. Därefter reflekterade assistent och författare tillsammans över författarens sammanställning av resultatet. Samstämmigheten var stor i denna diskussion och ledde inte till några förändringar i resultatredovisningen.

Studiens syfte var utgångspunkt genom hela analysprocessen.

#### **4.5 Etik**

Enligt de forskningsetiska principer som är antagna för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning ska fyra huvudkrav uppfyllas för att garantera individskyddet. Dessa huvudkrav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 1990). Författaren utgick från dessa fyra krav vid genomförande av studien. Deltagandet i fokusgrupperna var helt frivilligt. Gruppdeltagarna informerades om studiens syfte och metod via mail innan deltagande och muntligt i samband med fokusgruppen. I den första kontakten som togs med deltagarna via mail, informerades om att författaren samt en assistent kommer att vara med vid gruppdiskussionerna, att samtalen kommer att videofilmas och/eller bandas och att materialet kommer hanteras så att anonymitet garanteras (bilaga 4). Vid inledning av respektive fokusgrupp gavs denna information ytterligare en gång, då kompletterad med information om att deltagarna när som helst kan avbryta sitt deltagande och att materialet från fokusgrupperna inte kommer att användas för annat ändamål än studien. Samtliga deltagare gav ett skriftligt samtycke (bilaga 5).

### **5. RESULTAT**

Vid bearbetning av materialet från de båda fokusgrupperna framkom flera gemensamma teman. Det fanns en stark samsyn mellan de båda yrkesgrupperna vad gäller synen på arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering och hur klientcentreringen kan stärkas vid vårdplaneringsmötet.

#### **5.1 Den kommunala arbetsterapeutens funktion**

Centralt för samordnad vårdplanering är, enligt deltagarna, att möjliggöra hemgång för den enskilde och undvika onödiga placeringar på kommunal korttidsenhet. Den kommunala arbetsterapeutens funktion i denna strävan lyftes fram av såväl biståndshandläggare som arbetsterapeuter. Följande tre teman framträdde i analysen:

- Arbetsterapeuten som stöd för en aktiv, fungerande vardag
- Arbetsterapeuten som stöd vid biståndsbedömningen
- Arbetsterapeuten som trygghetsskapare och brobyggare

##### **5.1.1 Arbetsterapeuten som stöd för en aktiv, fungerande vardag**

Arbetsterapeutens kunskapsområde beskrevs i båda fokusgrupperna som kopplingen mellan sjukdom, funktionsnedsättning och aktivitetsförmåga. Arbetsterapeuten kan se den enskildes resurser och vad som kan göras för att underlätta i vardagen och öka aktivitetsförmågan, menade såväl biståndshandläggare som arbetsterapeuter. Att se över bostaden och hjälpmedelsbehovet nämndes som viktiga arbetsterapeutiska åtgärder i samband med utskrivning från sjukhus. Arbetsterapeutens kunskap om hjälpmedel lyftes särskilt fram av biståndshandläggarna som menade att den kunskapen var omöjlig för dem att förmedla. Även fortsatt självständighetsträning

efter utskrivningen sågs som en viktig arbetsterapeutisk insats. Den fortsatta träningen görs ofta i team med sjukgymnast och hemvårdspersonal, uppgav gruppdeltagarna.

”-Jag tror vi är duktiga på att titta på vardagliga problem.

-Ja, det stämmer

-Vi kan hur folk klarar sitt personliga, på ett sätt, och vi kan bedöma och vi kan bostaden och det här ihop. När vi ser dem här i sitt sjuka stadium i förhållande till bostad och vad de klarar så tror jag vi kan tänka: Hur ska det fungera hemma? Vad har vi för träningsresurser? Vad har vi för hjälpmedel? Jag tror vi är jätteduktiga på det, personliga aktiviteter. \_ \_ \_ ”

(Citat från fokusgrupp med arbetsterapeuter)

Arbetsterapeutens kunskap om aktiviteter i vardagen och självständighetsträning uttrycktes av biståndshandläggarna bland annat i följande diskussion:

”-Jag tänkte på att arbetsterapeuten är så bra på att prata om att just det här som man gör i vardagen är också träning. För de (*vårdtagaren, författarens kommentar*) menar ju på när de kommer från sjukhuset att de får ju ingen träning. Men just den här delen, som är i vardagen, att gå upp och klä sig och så, om man inte fixat det riktigt själv, det är en form av träning det också, som man inte riktigt tänkt förut. Det är svårt för många att se, det tycker jag de (*arbetsterapeuterna, författarens kommentar*) är bra att ta vara på.”

(Citat från fokusgrupp med biståndshandläggare)

För de fortsatta insatserna är det viktigt att veta hur den enskilde vårdtagaren klarade sig i vardagen innan sjukhusvistelsen menade fokusgruppsdeltagarna. Tidigare aktivitetsförmåga är det ofta arbetsterapeuten som frågar efter vid samordnad vårdplanering, enligt såväl arbetsterapeuter som biståndshandläggare.

”\_ \_ \_ Vad jag fortfarande är lite tjugig med, är patientens kapacitet före sjukdom. Det glömmar gärna mina arbetskamrater bort och det tycker jag är nödvändigt att veta för att jag ska förstå hur de kan nå målet och vad man kan komma tillbaka till, träna på.”

(Citat från fokusgrupp med arbetsterapeuter)

### **5.1.2 Arbetsterapeuten som stöd vid biståndsbedömning**

Syftet med samordnad vårdplanering är att planera för vilka insatser som behövs efter utskrivningen för att den enskilde ska erhålla en god hälso- och sjukvård och socialtjänst. Biståndshandläggarnas roll är här central, menade såväl arbetsterapeuter som biståndshandläggare. Det är också oftast biståndshandläggarna som leder mötet. Deras beslut om bistånd enligt Socialtjänstlagen lägger grunden för vilka stödinsatser den enskilde får vid utskrivningen från sjukhuset. För att biståndshandläggaren ska kunna ta rätt beslut behövs arbetsterapeutens bedömning och insatser som underlag, menade deltagarna i de båda fokusgrupperna. Arbetsterapeuternas kunskap om hur funktionsnedsättningar påverkar den enskildes aktivitetsförmåga och vilka insatser som kan erbjudas för att stärka den enskildes möjlighet till självständighet är centrala för att biståndsbesluten ska kunna läggas på rätt nivå och med rätt tidsperspektiv, ansåg deltagarna i de båda fokusgrupperna.

”- \_ \_ \_ jag kan fråga arbetsterapeuten: vad tror du om det här? Det tycker jag är värdefullt för att styrka mitt beslut.”

(Citat från fokusgrupp med biståndshandläggare)

Med dagens tidiga utskrivningar är den enskilde ofta i behov av mycket stöd direkt vid utskrivningen och det är viktigt att sätta in rehabiliteringsinsatser så att behovet

av stöd inte permanentas. Detta återkom de båda fokusgrupperna till vid flera tillfällen.

” -Det händer ju drastiska saker (*efter hemgång, författarens kommentar*). Det är lite skrämmande, att man lägger biståndet på sjukhuset, på de höga nivåerna. För oftast, så hinner man inte utvärdera det förrän efter ganska lång tid och då har ju den människan blivit beroende. Jag tycker det är skrämmande. Vi gör så mycket nytta där. Och patienten tycker det här är rolig att komma hem, med stöd från oss. Det är en trygghet, att man är där.”

(Citat från fokusgrupp med arbetsterapeuter)

Att arbetsterapeuter och biståndshandläggare arbetar enligt olika lagrum (Hälso- och sjukvårdslagen respektive Socialtjänstlagen) var ingen stor fråga för fokusgruppsdeltagarna. Deltagarna såg arbetsterapeuten som hälso- och sjukvårdspersonal. Gruppdeltagarna lyfte dock fram att arbetsterapeutens kunskap också bidrog till såväl underlag för beslut enligt Socialtjänstlagen, som verkställigheten av dessa beslut.

### **5.1.3 Arbetsterapeuten som trygghetsskapare och brobyggare**

Centralt i båda fokusgrupperna var vikten av att kommunens arbetsterapeut närvarar vid samordnad vårdplanering för att skapa trygghet vid utskrivning från sjukhuset. Ordet trygghet förekom ofta i fokusgrupperna. Genom att arbetsterapeuten presenterar sig och informerar om att hon/han möter upp vid hemgång och går igenom praktiska situationer i vardagen, känner sig såväl den enskilde som anhöriga trygga, menade fokusgruppernas deltagare. Denna trygghet bidrar ofta till att den enskilde vågar gå hem till sitt ordinarie boende, poängterade såväl biståndshandläggare som arbetsterapeuter.

Arbetsterapeuterna som trygghetsskapare speglas tydligt i följande diskussion:

”-Arbetsterapeutens roll är viktig därför att det inget den här personen trygghet i att komma hem och kan man säga: Vi möter upp så du får hjälp, vi tittar hur du har det hemma så du kan röra dig så pass det går. Det är väldigt viktigt. Visst, vi kan hjälpa till med hemtjänst, det praktiska, men det är så mycket mer än så. Arbetsterapeuten är ett mycket viktigt komplement till hemtjänstpersonalen då, det känns, ja de går hem lättare om man kan förklara att du får hjälp när du kommer hem. Du får hjälpmedel och vi möter upp.

-Ja det är den där tröskeln där.

-Ja det är ju det.”

(Citat från fokusgrupp med biståndshandläggare)

Biståndshandläggarna diskuterade vid flera tillfällen den osäkerhet som uppstår när kommunens arbetsterapeut inte deltar i samordnad vårdplanering. Eftersom biståndshandläggarna inte har tillräckliga kunskaper inom arbetsterapeutens kompetensområde och inte vet vilka arbetsterapeutiska insatser som kan utlovas vid hemgång, blir informationen till patient och anhöriga vid dessa tillfällen, osäker och ”velig” menade biståndshandläggarna. Den trygghet som behöver förmedlas för att den enskilde ska välja att skrivas ut till den egna bostaden, brister vid samordnade vårdplaneringar utan arbetsterapeut, ansåg biståndshandläggarna.

## **5.2 Klientcentrering**

Med stimulusmaterialet (bilaga 3), som utgångspunkt, diskuterades frågan om den enskildes möjlighet till delaktighet och självbestämmande vid samordnad

vårdplanering. Vid båda fokusgrupperna var detta ett ämne som engagerade deltagarna mycket. Vid analysen utgick författaren från begreppet klientcentrering.

Följande teman framkom:

- Samsyn i teamet
- Vårdplaneringsmötets form och struktur
- Maktfördelning under vårdplaneringsmötet

### **5.2.1 Samsyn i teamet**

Centralt för att stärka den enskildes delaktighet och självbestämmande är en stark samsyn i teamet, ansåg gruppdeltagarna i de båda fokusgrupperna. För att uppnå en samordnad vårdplanering av kvalitet, där den enskildes autonomi lyfts fram, krävs ett välfungerande teamarbete där medlemmarna är trygga med varandra, respekterar varandras yrkesroller och har pratat igenom hur mötet ska genomföras. Detta menade såväl arbetsterapeuter som biståndshandläggare.

Det framkom vid flera tillfällen i gruppdiskussionerna att de som arbetade i fasta vårdplaneringsteam och haft möjligheten att ”arbeta ihop sig”, upplevde bättre kvalitet i de samordnade vårdplaneringsmötena, än de som arbetade i mer lösa strukturer. Den samordnade vårdplaneringen är en känslig och svår situation för den enskilde och teamet som vårdplanerar måste vara trygga med varandra och formen för mötet, poängterade gruppdeltagarna. Det är annars lätt att den enskilde hamnar i underläge och att vårdpersonalen utövar ”makt”. Med en trygghet i teamet kan de enskilda teammedlemmarna hålla en lägre profil och i stället stärka den enskildes delaktighet, menade fokusgruppsdeltagarna.

”-Vi har så goda erfarenheter av att jobba i team. Alltså, jag trodde jag jobbade i team innan med, men nu, ja vi är så trygga med varandras roller, det är så prestigelöst.”

(Citat av arbetsterapeut som arbetar i vårdplaneringsteam)

### **5.2.2 Vårdplaneringsmötets form och struktur**

En genomtänkt modell för hur vårdplaneringsmötet ska genomföras är nödvändig för att uppnå delaktighet och självbestämmande, menade fokusgruppsdeltagarna. Formen för mötet, t ex var och hur man sitter, vem som leder mötet och hur frågorna ställs, är viktiga aspekter, ansåg gruppdeltagarna. Informationen om syftet med samordnad vårdplanering lyftes också fram som en viktig åtgärd för ökad delaktighet. Såväl skriftlig information innan mötet som information på mötet bör ges menade gruppdeltagarna. En av biståndshandläggarna lämnade också skriftlig information om resultatet från mötet, för att ge den enskilde möjlighet att fundera vidare i lugn och ro.

Vikten av hur mötet genomförs och att den enskildes vilja lyfts fram, exemplifieras med följande diskussion i biståndshandläggargruppen:

”-Vi gör som så att det är biståndshandläggaren som håller i mötet. Det är jag som pratar mest och då sätter jag mig närmast, så gör vi alltid. Vi försöker få så att vi får ett eget rum eller en särskild hörna. \_\_ \_\_ Och då börjar jag med att presentera att vi kommer till sjukhuset, alla går fram och säger vem man är. Sedan säger jag varför vi är här: sjukhuset har kallat på oss för att planera för att du ska få komma tillbaka, och så ska vi prata om hur det kan se ut när du kommer hem. Jag brukar fråga hur de själva tänker först. Jag presenterar inte en massa förslag.

-Nej.

- ...utan noterar vad de uttrycker då.

-Det är viktigt att de får komma till tals, själva så att säga. Hur de har tänkt eller om de har funderingar på vad det här ska innebära och så.”

(Citat från fokusgrupp med biståndshandläggare)

Storleken på mötet ansågs också ha viss betydelse för den enskildes upplevelse, men lyftes inte fram lika starkt av gruppdeltagarna. Antalet deltagares betydelse för den enskildes upplevelse diskuterades först efter att författaren frågat om man ansåg att det hade betydelse. För stor grupp är en nackdel för den enskildes autonomi, menade gruppdeltagarna. Ju fler man är desto mindre känner sig vårdtagaren. Å andra sidan poängterades vikten av att de professioner finns representerade, som kan ge vårdtagaren den information som behövs inför hemgång. Detta för att minska oro hos vårdtagare och anhöriga.

-När vi talar om att vi kommer några stycken, från olika professioner, vi ska titta på hela biten för att det ska bli så bra som möjligt. Många tycker inte det är så jobbigt, att vi kommer tre personer.”

(Citat från fokusgrupp med biståndshandläggare)

### **5.2.3 Maktfördelning under vårdplaneringsmötet**

Deltagarna i fokusgrupperna menade att den enskilde ofta kommer i underläge vid samordnad vårdplanering genom att de befinner sig i en patientroll. Till detta kommer att sjukdom och funktionsnedsättningar ofta gör att den enskilde är trött och orkeslös. Det är viktigt att de olika professionerna vid vårdplaneringsmötena ser denna maktobalans och arbetar för att öka den enskildes delaktighet och självbestämmande. Detta kan göras genom att aktivt fråga efter den enskildes tankar och synpunkter i stället för att komma med färdiga förslag, menade arbetsterapeuter och biståndshandläggare.

”-Jag tycker, att man lyfter det så att patienten känner sig säker, att de känner sig delaktiga, för det är väldigt lätt att vi i gruppen som kommer utövar makt fast vi inte vill det, att vi får hålla oss tillbaka lite, att de får vara i centrum och tycka och tänka, få fram sin vilja.

-Vi tänker ju ofta ett steg före, vi har ju varit med förut.

-Ja

-Och det är farligt!”

(Citat från fokusgrupp med arbetsterapeuter)

För att minska maktobalansen vid vårdplaneringsmötet bör man i möjligaste mån undvika att den enskilde ligger i sängen, poängterade deltagarna i fokusgrupperna. Det bästa är om vårdplaneringsmötet kan hållas i ett annat rum än patientsalen. Alla som deltar ska sitta ner. Att stå upp när den enskilde sitter eller ligger ner stärker den professionella dominansen, menade gruppdeltagarna.

Något som gruppdeltagarna återkom till vid flera tillfällen är upplevelsen av att anhöriga ”styr” över den enskilde. Då är det teamets uppgift att låta den enskilde komma till tals, menade gruppdeltagarna.

”-En del gömmer dig bakom barnen, tar väl inte striden med barnen. Jag brukar i alla fall fråga: Om vi bortser från barnen eller din son, vad tänker du? Skulle du kunna tänka dig att gå hem om du fick lite mer stötning? Ja, kan det komma då. Men det är inte lätt, där är ju arbetsterapeutens roll viktig.”

(Citat från fokusgrupp med biståndshandläggare)



## 6. DISKUSSION

### 6.1 Metoddiskussion

Att hålla fokusgrupper visade sig vara en bra metod för att söka svar på frågeställningarna i studien. Genom diskussionerna framkom en tydlig bild av gruppdeltagarnas syn på den kommunala arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering samt hur klientcentring kan stärkas i vårdplaneringsmötet, menar författaren.

Författaren valde att intervjua såväl arbetsterapeuter som biståndshandläggare. Då biståndshandläggare ofta leder de samordnade vårdplaneringsmötena var det intressant att fånga deras tankar. Det kunde varit intressant att fånga även andra yrkesgruppers syn på arbetsterapeutens funktion, liksom den enskildes och anhörigas uppfattningar. Detta kunde dock inte rymmas inom ramen för denna uppsats.

Rekrytering av deltagare till de båda fokusgrupperna gjordes via ett kollegialt nätverk som författaren ingår i. Troligen innebär en sådan rekrytering att de deltagare som anmälde sig hade ett särskilt intresse för samordnad vårdplanering. I en kvalitativ studie strävar man efter ett strategiskt urval som inte behöver vara statistiskt representativt (Olsson & Sörensen, 2007). Författaren menar därför att rekrytering gjordes, på ett för studien lämpligt sätt.

En begränsning i studien är att fokusgruppen med biståndshandläggare endast bestod av tre deltagare då det blev ett sent bortfall på två personer. Wibeck (2010) menar att en fokusgrupp bör bestå av 4-6 personer.

Att fokusgrupperna dokumenterades med ljud- och videoinspelning kan ha påverkat deltagarnas beteende. Denna påverkan är dock ofta överdriven, menar Wibeck (2010). Varje gång vi observerar och dokumenterar t ex en gruppdiskussion påverkar vår blotta närvaro den information vi får, vilket är ofrånkomligt (a.a.).

### 6.2 Resultatdiskussion

#### 6.2.1 Den kommunala arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering

Att deltagarna i de båda fokusgrupperna såg aktiviteter i vardagen som arbetsterapeutens främsta kompetensområde är inte så förvånande. Aktiviteter i det dagliga livet (ADL) är ett centralt begrepp inom arbetsterapi och arbetsterapeutens främsta uppgift är att möjliggöra meningsfull aktivitet (FSA, u.å.; Townsend & Polatajko, 2007). Författarens erfarenhet är att arbetsterapeuter i kommunen är väl etablerade inom detta arbetsområde. Att arbetsterapeuter provar ut hjälpmedel och skriver intyg för bostadsanpassning är välkänt. Arbetsterapeuten har, genom sina kunskaper om människan i aktivitet, en viktig uppgift vid utskrivning från sjukhus menade deltagarna i fokusgrupperna. Att kunna återvända hem är viktigt för den enskilde men också för kommunen som vill undvika onödiga korttidsvistelser. I många kommuner satsar man på att utveckla rehabiliteringsinsatserna i hemvården och strävar efter att den enskilde ska ha möjlighet att återvända direkt hem efter en sjukhusvistelse. Åtgärder för att aktiviteter i vardagen ska fungera hemma är viktiga i denna process, menar författaren. Diskussionerna i de båda fokusgrupperna visar på att kommunala arbetsterapeuters deltagande vid samordnad vårdplanering kan medverka till en mer komplett vårdplan med uppgifter om funktions- och aktivitetsförmåga samt tydliga mål, anser författaren. Dessa aspekter saknas i många

vårdplaner enligt Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting (2007) som efterlyser förbättringar inom just dessa områden. De båda fokusgruppernas uppfattning att arbetsterapeuten har en viktig funktion vid samordnad vårdplanering stämmer också väl överens med de fynd Pethybridge (2004) gjorde i sina studier av utskrivningsprocessen. Pethybridge fann att sjukhusets arbetsterapeut spelade en aktiv roll och bidrog med patientrelaterad information som var viktig i utskrivningsprocessen.

Samtliga arbetsterapeuter i fokusgruppen identifierade sig som hälso- och sjukvårdspersonal och menade att de arbetade enligt hälso- och sjukvårdslagen. Även biståndshandläggarna såg arbetsterapeuterna som hälso- och sjukvårdspersonal. Båda yrkesgrupperna menade dock att arbetsterapeuter också bidrar till såväl underlag för beslut enligt Socialtjänstlagen, som verkställigheten av dessa beslut. Intentionerna i Socialtjänstlagen stämmer väl överens med arbetsterapeutiska synsättet, anser författaren. Insatserna ska ge den enskilde möjlighet att leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag (Socialstyrelsen, 2001). För att kunna lägga beslut om bistånd på rätt nivå och med rätt tidsintervall använder sig biståndshandläggarna av arbetsterapeutens kunskap om aktivitetsförmåga. Arbetsterapeuten stödjer också omvårdnadspersonalen i arbetet med att verkställa beslut enligt Socialtjänstlagen. Med rehabiliteringsinsatser kan insatser enligt Socialtjänstlagen minskas, vilket diskussionerna i de båda fokusgrupperna tydligt visade. I kommunal verksamhet är Socialtjänstlagen på detta sätt, central för arbetsterapeutens insatser, anser författaren. Värdegrunden i Socialtjänstlagen står i stark kontrast till det biomedicinska synsätt som råder inom akutkliniker och som tidigare studier visat ger arbetsterapeuten lite utrymme för ett klientcentrerat arbete (Moats, 2006, 2007; Maitra & Erway, 2006).

Det är inte bara arbetsterapeutens praktiska åtgärder i sig som bidrar till hemgång, hävdade fokusgruppsdeltagarna. Själva närvaron av kommunens arbetsterapeut vid vårdplaneringsmötet då hon/han berättar om möjliga insatser bidrar starkt till att oro inför hemgång, minskar, menade gruppdeltagarna. Arbetsterapeuten blir en brobyggare mellan sjukhus och hemmet men också en trygghetsskapare. I båda fokusgrupperna framkom detta mycket tydligt. Författaren anser att denna trygghetskapande funktion för arbetsterapeuten vid samordnad vårdplanering bör lyftas fram. Den kan förändra den utsatta situation som Efraimsson (2005) menar att den enskilde ofta befinner sig i vid samordnad vårdplanering.

De tankar arbetsterapeuter och biståndshandläggare i de båda fokusgrupperna förde fram om samordnad vårdplanering och arbetsterapeutens funktion stämmer väl överens med de intentionerna som anges för samordnad vårdplanering (Socialstyrelsen, 2005; Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, 2007). De står också i överensstämmelse med den värdegrund Efraimsson (2005) beskriver, menar författaren.

### **6.2.2 Klientcentrering vid samordnad vårdplanering**

Författaren har i den här studien, varit intresserad av gruppdeltagarnas syn på den enskildes möjlighet till delaktighet och självbestämmande under vårdplaneringsmötet och hur dessa uppfattningar kan kopplas till begreppet klientcentrering. Frågan om den enskildes delaktighet och självbestämmande, engagerade fokusgruppsdeltagarna mycket. En rad förslag på hur en samordnad vårdplanering bör genomföras för att

stärka den enskildes autonomi, presenterades. Detta tyder på en stark vilja att arbeta klientcentrerat, menar författaren.

I flera tidigare studier har brist på delaktighet hos vårdtagaren i vårdplaneringsmötet och utskrivningsprocessen, lyfts fram (N. Andersson, 2003; U. Andersson, 2005; Efraimsson, 2005; Hedberg m.fl.2008; Maitra & Erway, 2006; Moats, 2006; 2007).

I båda fokusgrupperna poängterade deltagarna hur viktigt det är att teamet som vårdplanerar har ett gemensamt synsätt och är trygga med varandra. Ett starkt teamarbete med samsyn är betydelsefullt för att upprätthålla den enskildes autonomi, menade deltagarna. Teamets viktiga betydelse styrks av Pethybridge (2004). Ett teamarbete som bygger på gemensamma mål och gemensamt ansvar samt respekt för varandras kunskap skapar förutsättningar för ett klientcentrerat arbete i utskrivningsprocessen (a.a.). De inarbetade vårdplaneringsteam som fokusgruppdeltagarna beskrev, anser författaren är exempel på interprofessionella alternativt transprofessionella team enligt en indelning som Thylefors m.fl. (2005) gör. I ett interprofessionellt team är kommunikationen mellan teammedlemmarna stor. Man har en gemensam plan, tar gemensamma beslut, har ett gemensamt ansvar och tar hänsyn till varandra i teamet. I ett transprofessionellt team arbetar medarbetarna i en gemensam process där yrkesgränserna delvis är utsuddade. När de samordnade vårdplaneringarna genomförs av en för tillfället sammansatt grupp är det mer att betrakta som ett multiprofessionellt team, där varje teammedlem gör sina insatser helt självständigt men har ett informationsutbyte i teamet där insatserna också koordineras. De fokusgruppdeltagare som ingick i fasta vårdplaneringsteam var mer nöjda med hur teamet arbetade och hur de samordnade vårdplaneringarna genomfördes, vilket bekräftar de fynd Thylefors m.fl. gjorde i sina studier. De fann att ju starkare samverkan var desto nöjdare var medlemmarna med teamarbetet. (a.a.). Det är viktigt att teammedlemmarna ges tid för att bygga upp en samsyn kring vårdplaneringsarbetet, anser författaren. Hedberg med fl.(2008) poängterar också vikten av kunskap hos personal om hur den enskilde görs delaktig.

Intressant att notera är att båda fokusgrupperna diskuterade aspekten om gruppstorlekens betydelse för autonomin, först efter att författaren frågat om de tror det påverkar den enskildes upplevelse. Även om deltagarna då menade att för stor grupp har en negativ påverkan på den enskildes autonomi så var det andra aspekter som i första hand lyftes fram. När samordnad vårdplanering diskuteras i andra sammanhang, är det författarens erfarenhet att frågan om antalet deltagare ofta kommer upp. Att det inte får vara för många är en vanlig uppfattning. Är då, som några av gruppdeltagarna menade, tre personer lagom? Är det i så fall biståndshandläggare, distriktssköterska och arbetsterapeut som ska medverka? Bör inte sjukgymnast också delta? Eller kanske omvårdnadspersonal från hemvården? Bäst vore kanske att ha ett väl upparbetat team med flera yrkeskategorier som kan vårdplanera i olika konstellationer, alltefter behov. Svårigheten med en sådan modell är att före mötet kunna förutsäga behovet av kompetens, menar författaren. Flera deltagare i fokusgrupperna menade att just denna svårighet motiverar att arbetsterapeuten alltid bör medverka.

Deltagarna i den här studien lyfte fram bristande information som en orsak till låg delaktighet hos den enskilde, något som också U. Andersson (2005) poängterar i sina studier. Några av gruppdeltagarna menade att det låg på sjukhuset att ge den enskilde denna information medan andra menade att kommunerna bör ta ansvar för detta. Den information kommunala arbetsterapeuter kan ge om möjliga insatser vid hemgång

stärker den enskildes möjlighet att värdera risker och ta egna beslut, menar författaren. Atwal och Caldwell (2003) fann att arbetsterapeuter i slutenvård, på grund av snabba utskrivningar, hade små möjligheter att ge den enskilde en sådan delaktighet.

Gruppdeltagarnas uppfattning om vikten av en genomtänkt form för vårdplaneringarna överensstämmer med det N. Andersson (2003) och U. Andersson (2005) tar upp som viktiga aspekter för patientdelaktighet i sina respektive studier. N. Andersson (2005) presenterar en vårdplaneringsmodell i två akter. Det som deltagarna i de två fokusgrupperna lyfter fram vad gäller formen för mötet skulle, med fördel, kunna skrivas in i en sådan vårdplaneringsmodell, menar författaren.

Deltagarna i fokusgrupperna tog upp flera aspekter på maktbalansen vid samordnad vårdplanering. Den enskilde befinner sig ofta i underläge medan personal och anhöriga kan dominera vårdplaneringsmötet, ansåg deltagarna. Denna uppfattning styrks av andra studier (U. Andersson, 2005; Hedberg m.fl. 2008). Vikten av att den enskilde sitter uppe, att mötet kan ske i ett samtalsrum, att deltagarna sitter så att den enskilde kan ha ögonkontakt, att ingen står upp men också att dialogen sker så att inte professionerna dominerar, lyftes fram av gruppdeltagarna. Såväl arbetsterapeuter som biståndshandläggare menade också att man som personal har ett ansvar att stärka den enskildes självbestämmande gentemot anhöriga. Moats (2007) beskriver detta problem som en ”förhandling” i utskrivningsprocessen, där teamet och anhöriga deltar men den enskilde lämnas utanför beslutsfattandet. Författaren menar att deltagarnas medvetenhet om vad som påverkar fördelning av makt på en samordnad vårdplanering visar på en strävan efter att arbeta klientcentrerat. Detta då maktfördelning och maktbalans är viktiga aspekter av klientcentrering (Mortenson & Dyck, 2006; Sumsion & Law, 2006). De förslag på åtgärder som fokusgruppdeltagarna presenterar för att öka den enskildes autonomi och delaktighet kan bidra till det maktskifte Sumsion och Law (2006) efterlyser, anser författaren.

De båda fokusgrupperna visar på starka strukturer som försvårar möjligheten till ett klientcentrerat vårdplaneringsmöte. Detta resultat stöds av tidigare studier. Mortenson och Dyck (2006) fann att klientcentrering inte enbart påverkas av relationen mellan arbetsterapeut och den enskilde utan också av synsätt inom och mellan professioner i teamet samt rutiner, policys och resurser i verksamheten.

Det står helt klart att deltagarna i de båda fokusgrupperna var väl medvetna om vilken utsatt situation den enskilde befinner sig i vid samordnad vårdplanering, anser författaren. Det fanns en stark strävan att arbeta klientcentrerat och respektera den enskildes autonomi. Författaren menar att fokusgrupperna berörde alla de sex punkter som Townsend och Polatajko (2007) tar upp som viktiga aspekter för klientcentrerad arbetsterapi: Den enskildes rätt att göra egna val, ta risker och eget ansvar, den enskildes delaktighet, att se möjligheter, förändring, rättvisa och maktindelning.

### **6.3 Fortsatt forskning**

Det är angeläget att öka kunskapen om hur vårdtagare som deltagit i samordnad vårdplanering med ett väl inarbetat team, upplever delaktigheten. Kan en väl genomtänkt mötesform motverka den maktobalans som själva patientrollen innebär? En kvalitativ studie, där den enskildes upplevelse av samordnad vårdplanering med inarbetade team studeras, kan ge svar på den frågan, menar författaren.

Viktigt är också att studera den fysiska miljöns betydelse för autonomin. Kan det underläge många menar att den enskilde är i bara genom att vara patient på sjukhuset, minskas genom att mötet hålls i den enskildes hem? Om den samordnade vårdplaneringen gjordes i samband med en permission från sjukhuset alternativt i direkt anslutning till hemgång bör klientcentreringen kunna stärkas, menar författaren. U. Andersson (2005) menar också att den enskildes underläge minskar om vårdplaneringen sker i det egna hemmet. En samordnad vårdplanering i hemmet i direkt anslutning till hemgång förutsätter emellertid att det stöd den enskilde är i behov av och önskar, kan erbjudas direkt.

## **7. KONKLUSION**

Studien visar att arbetsterapeuter och biståndshandläggare i de båda fokusgrupperna hade en stark samsyn såväl vad gällde den kommunala arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering som angående hur den enskildes delaktighet och självbestämmande kan stärkas under mötet.

Enligt deltagarna i studien har den kommunala arbetsterapeuten en viktig funktion vid samordnad vårdplanering. Arbetsterapeuten har stor kunskap om människan i aktivitet och kan bistå med praktiska lösningar i vardagen för den enskilde, menade gruppdeltagarna. Denna kunskap ger information som gör det möjligt för den enskilde att göra självständiga val, ger biståndshandläggaren underlag för sina beslut och skapar trygghet inför hemgång för såväl den enskilde som anhöriga. Resultatet pekar på att den kommunala arbetsterapeutens deltagande vid samordnad vårdplanering kan medverka till en mer komplett vårdplan med uppgifter om funktions- och aktivitetsförmåga samt tydliga mål, anser författaren. Detta är information som Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting, efterlyser i vårdplanen (Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting, 2007; Socialstyrelsen, 2000).

Deltagarna i de båda fokusgrupperna var väl medvetna om den enskildes utsatthet vid samordnad vårdplanering och visade på en stark strävan att genomföra vårdplaneringsmötet med ett klientcentrerat förhållningssätt, anser författaren. Viktiga aspekter i detta förhållningssätt är enligt deltagarna en samsyn i teamet, en genomtänkt form och struktur för mötet och en balanserad maktfördelning. Deltagarnas syn på hur en samordnad vårdplanering bör genomföras ger förutsättningar för ökad delaktighet för den enskilde, menar författaren.

Vid samordnad vårdplanering står den enskildes förmåga att klara aktiviteter i det dagliga livet i fokus liksom det behov av stöd som följer av bristande förmåga. Det är viktigt att den enskilde ges möjlighet att vara delaktig i de beslut som så påtagligt kommer att påverka hans/hennes situation efter utskrivningen och samordnad vårdplanering bör bedrivas som ett klientcentrerat teamarbete, menar författaren. Arbetsterapeutens kompetensområde stämmer väl med de uppgifter som enligt lagstiftningen ska tas upp i den samordnade vårdplaneringen, anser författaren.

## Referenser

- Andersson, N. (2003). *Vårdplaneringar på sjukhus – Form innehåll och upplevelser*. KC-kompetenscentrum, Rapport 18.
- Andersson, N. (2005). *Manual för vårdplaneringsmöten på sjukhus- Ett resultat av samverkan i en forskningscirkel*. KC-kompetenscentrum, Rapport 30.
- Andersson, U. (2005). *Samordnad vårdplanering. En studie om den föreskrivna och den faktiska vårdplaneringen*. FoU Västernorrland, Rapport 2005:10.
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2003). Ethics, occupational therapy and discharge planning: Four broken principles. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 244-251.
- Durocher, E. & Gibson, B.E. (2010). Navigating ethical discharge planning: A case study in older adult rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57, 2-7.
- Efrainsson, E. (2005). *Vårdplaneringsmötet En studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare*. Umeå universitet, Department of Nursing.
- Efrainsson, E. (2006). Ta vara på möjligheterna. *Tidningen äldreomsorg för kompetensutveckling*, 2 (23), 8-12
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (u.å.). *Vad är arbetsterapi?*. Hämtat 18 maj 2010 från: <http://www.fsa.akademikerhuset.se/PROFESSION/VADARAT/Sidor/default.aspx> .
- Hedberg, B., Johansson, M. & Cederborg, A.C. (2008). Communicating stroke survivor's health and further needs for support in care-planning meetings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1481-1491.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Law, M. (1998). *Client-centered occupational therapy*. The United States of America . SLACK Incorporated.
- Maitra, K.& Erway, F. (2006). Perception of client-centered practise in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 298-310.
- Moats, G. (2006). Discharge decision-making with older people: The influence of the institutional environment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 107-116.
- Moats, G. (2007). Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, 91-101.

Moats, G.& Doble, S. (2006). Discharge planning with older adults: Toward a negotiated model of decision making. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 303-311.

Mortenson, B.& Dyck, I. (2006). Power and client-centred practice: An insider exploration of occupational therapists' experiences. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 261-271.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of interprofessional care*, 18, 29-41.

Socialstyrelsen. (1982). *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*. (Svensk författningssamling, 1982:763). Hämtad 24 maj 2011 från: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>

Socialstyrelsen. (2000a). *Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg. Två studier om utvecklingsläget* (Äldreuppdraget, 2000:8). Hämtad 24 maj 2011 från: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11852/2000-26-8\\_0026008.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11852/2000-26-8_0026008.pdf)

Socialstyrelsen. (2000b). *Äldreuppdraget 2000:9, Goda exempel på läkarmedverkan och vårdplanering i äldreomsorgen*. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2001). *Socialtjänstlagen (SoL)*. (Svensk författningssamling, 2001:453). Hämtad 24 maj 2011 från: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2001:453>

Socialstyrelsen. (2002). *Socialtjänstlagen - Vad gäller för dig från 1 januari 2002?* Hämtad 24 maj 2011 från: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10985/2002-114-3\\_20021143\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10985/2002-114-3_20021143_rev.pdf)

Socialstyrelsen. (2005). *Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård*. (SOSFS 2005:27). Hämtad 24 maj 2011 från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-27>

Socialstyrelsen. (2007). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering*. (SOSFS 2007:10) Hämtad 24 maj 2011 från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2007-10/Sidor/2007-10.aspx>

Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting. (2007). *Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning, Undersökning 2007*. Hämtad 24 maj 2011 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-103-8>

- Sumsion, T. & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 153-162.
- Thylefors, I., Persson, O. & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 102-114.
- Townsend, E., Stanton, S., Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., Thompson-Franson T., et.al. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa: Canadian association of occupational therapy.
- Townsend, E. & Polatajko, H. (2007). *Enabling occupation II : advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: Canadian association of occupational therapy.
- Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 24 maj 2011 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.



*Mail till nätverksdeltagare:*

Hej!

Jag håller på att skriva en C-uppsats på ämnet arbetsterapeutens roll vid samordnad vårdplanering och söker nu deltagare till två fokusgrupper. Den ena gruppen ska bestå av arbetsterapeuter med erfarenhet av att delta i samordnad vårdplanering och den andra av biståndshandläggare, också med erfarenhet av Svpl. Jag bör inte ha någon från min egen arbetsplats så nu önskar jag hjälp från er! Har ni någon/några som skulle kunna tänka sig att vara med? Jag vill gärna ha såväl deltagare som arbetar i vårdplaneringsteam och som deltagare från ställen där man inte har vårdplaneringsteam. Deltagarna behöver inte förbereda sig utan kommer med sina olika erfarenheter. Jag vore tacksam om ni kan tipsa mig om både biståndshandläggare och arbetsterapeuter. Jag har avsatt em 27/9 för arbetsterapeutgruppen och 28/9 för biståndshandläggargruppen.

Hälsningar Gunilla Larsson

Intervjuguide fokusgrupp ang arbetsterapeutens funktion vid samordnad vårdplanering (SVPL) samt hur klientcentringen/den enskildes delaktighet och självbestämmande kan stärkas i vårdplaneringsmötet

1. Introduktion (skapar en avslappnad atmosfär)
  - Informera om studien
  - Metoden: Fokusgrupp med öppna frågor, jag är inte expert, vill veta mera av er! Diskutera fritt, jag kommer inte styra om det inte behövs, prata med varandra – inte till mig, assistenten antecknar-och lyssnar-är mitt bollplank i analysen
  - Deltagarna presenterar sig
  - Jag kommer först att ställa några kortare frågor men när vi kommer till nyckelfrågorna kommer jag att låta diskussionen vara fri
  - Poängtera att jag inte är expert utan att det är deltagarna som kan ämnet och jag som vill lära mig
2. Öppningsfråga (Ska handla om fakta inte attityder):
  - **Jag skulle vilja att var och en berättar om sina erfarenheter av samordnad vårdplanering.**
3. Övergångsfråga (se ämnet i ett större perspektiv) :
  - **Vad tycker ni är den samordnade vårdplaneringens främsta syfte?**

Stimulusmaterial läses upp

4. Nyckelfrågor (viktigast, för analysen):
  - **Finns det tillfällen då kommunens arbetsterapeuter bör delta i SVPL? Vilken funktion har de i så fall?**
    - Vilka (fler) yrkesgrupper bör delta i samordnad vårdplanering?
    - Påverkar arbetsterapeutens närvaro vid SVPL biståndsbeslut enligt SoL?
    - Påverkas insatser enligt Socialtjänstlagen av arbetsterapeutinsatser?

Berätta om att flera studier visar att den enskilde som är föremål för SVPL inte känner sig delaktig och inte alltid förstår detaljerna i vad som diskuterats.

- **Hur tycker ni att kan den enskildes delaktighet och självbestämmande kan stärkas under SVPL?**
  - Eventuella följdfrågor:
    - Inom arbetsterapi pratar man om att arbetsterapeuten ska arbeta klientcentrerat, är det ett begrepp ni känner till? Hur ser ni på möjligheten till klientcentrering i arbetet med SVPL? Förhållande mellan begreppen delaktighet, självbestämmande och begreppet klientcentrering?
    - Hur påverkar gruppstorlek och antal deltagare den samordnade vårdplaneringen?

5. Avslutning (möjlighet att reflektera över diskussionen):
- En sammanfattning görs med avslutande fråga: **Ger detta en rättvis bild av diskussionen?**
  - **Är det någon som vill tillägga något till diskussionen?** (viktigt att det finns tid för kompletterande diskussion)
  - Debriefing med deltagarna: **Hur upplevde ni det här?**

## Stimulusmaterial till fokusgrupp om arbetsterapeutens roll vid samordnad vårdplanering

Utdrag ur:

Ta vara på möjligheterna

Artikel i Tidningen Äldreomsorg för kompetensutveckling nr 2/2006

Författare Eva Efraimsson

### NY LIVSSITUATION

Vi tänker oss följande scenario: Frida är 82 år och har vistats på en medicinsk vårdavdelning under drygt två månader efter en stroke som förorsakat henne stora svårigheter att själv tillgodose sina grundläggande behov. Hon behöver hjälp med att förflytta sig, att sköta sin personliga hygien, att äta med mera. Frida har alltid varit en aktiv och pigg kvinna. Hennes högsta önskan är nu att kunna gå och sköta sig själv så att hon kan få återvända till det hem där hon levde den största delen av sitt vuxna liv.

Eftersom hennes medicinska tillstånd inte längre anses kräva sjukhusvård, utan att hon istället skulle kunna vårdas på en kommunal korttidsplats, har man kallat samman till ett vårdplaneringsmöte. Vid mötet deltar en sjuksköterska och en arbetsterapeut från avdelningen, en biståndshandläggare, två närstående och Frida själv. Hur känner sig då Frida i denna stund? Berättelsen nedan, som är skapad av citat från intervjuerna med kvinnorna som deltog i studien, vill visa på den sårbarhet kvinnorna befinner sig i när de ska delta i det möte där deras framtida vård- och omsorg ska diskuteras.

### DEN OVISSA FRAMTIDEN

"Jag vet inte längre hur livet ska bli. Kommer jag att bli bra igen eller hur handikappad jag kommer att bli? Kommer jag att kunna klara mig själv? Kan jag komma hem igen eller var ska jag i annat fall bo i fortsättningen? Jag längtar hem så mycket! Det är ju där jag har mitt liv. Där kan jag vila och få kraft. Och där har jag mina minnen. Men tänk om jag måste släppa in en massa okända människor som går i mina skåp och lådor och rotar i mina saker ...

Åh, jag önskar att jag kunde gå igen och att jag kunde röra min hand! Det är min dröm. Det känns som att min kropp har svikit mig. Nu kan jag inte klara mig själv längre och jag kan inte göra sådant som jag tycker är roligt, som till exempel att rasta hunden eller cykla. Ibland tror jag att jag kan göra saker som jag inte kan. Kroppen lurar mig. Tänk, jag som alltid har varit så snabb och driftig! Nu är jag bara långsam och hjälplös.

Nu ska vi ha ett sådant här vårdplaneringsmöte. Det ska bli spännande men jag är också lite orolig för det, måste jag säga. Undrar hur det går till? Tänk om hon ifrån kommunen är sträng. Hoppas inte det. Men syster Kajsa ska visst vara med. Det känns bra i alla fall för hon är snäll. Jag hoppas att jag kan få komma till ett ställe där jag kan få så bra vård att jag kan komma hem sen. Men tänk om det inte går? Det är ju så många som behöver hjälp, kanske mycket mer än jag. Vissa dagar känns det som det inte spelar någon roll. Mitt liv går ändå mot sitt slut. Dom får väl göra vad dom vill med mig."

*Mail till deltagare:*

Hej

Jag håller på att skriva en C-uppsats på ämnet arbetsterapeutens roll vid samordnad vårdplanering och söker nu deltagare till två fokusgrupper. Den ena gruppen ska bestå av arbetsterapeuter med erfarenhet av att delta i samordnad vårdplanering och den andra av biståndshandläggare, också med erfarenhet av samordnad vårdplanering. Via XXX har jag fått ditt namn och undrar nu om du skulle vilja vara med?

Gruppen kommer att bestå av 4-6 deltagare samt en assistent och jag själv, som kommer att fungera som diskussionsledare. Deltagarna behöver inte förbereda sig utan kommer med sina olika erfarenheter. Diskussionen kommer, som jag tidigare nämnde, handla om hur ni som biståndshandläggare/arbetsterapeuter ser på frågan om arbetsterapeuter ska medverka vid samordnad vårdplanering eller ej, vilken roll ska de i så fall ha, vad kan de ev tillföra vårdplaneringen?

Gruppsamtalen kommer filmas och/eller bandas för att jag sedan ska ha möjlighet att skriva ut dem. All bearbetning och redovisning av textmaterialet kommer sedan att göras så att gruppdeltagarna är anonyma. Inspelningarna kommer inte att användas vid redovisningen.

Fokusgruppen med biståndshandläggare/arbetsterapeuter kommer att hållas **xxx** (*här angavs datum, tid och plats*). Jag hoppas du har tid och lust att vara med!

Har du frågor får du gärna höra av dig! Jag är tacksam om du kan meddela om du vill vara med eller ej så snart möjligt.

Med vänlig hälsning

Gunilla Larsson

XXXX

## Bilaga 5

### **Informerat samtycke**

Fokusgrupp om arbetsterapeutens roll vid samordnad vårdplanering  
2010-09-27

Som deltagare i ovanstående fokusgrupp godkänner jag att fokusgruppen spelas in och materialet sammanställs och används i den C-uppsats Gunilla Larsson arbetar med. Jag är informerad om att materialet kommer att förvaras och användas på ett sådant sätt att min anonymitet säkerställs. Jag är också medveten om att jag kan avbryta min medverkan när som helst.

Datum.....

Underskrift.....

Namnförtydligande.....