



FoU SJUHÄRAD
VÄLFÄRD

Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten

– Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet

Angela Bångsbo
Eva Lidén



HÖGSKOLAN I BORÅS
VETENSKAP FÖR PROFESSION

Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet

FoU Sjuhärad Välfärd | *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten - delrapport i projektet Samordnad vård och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet*

Författare
Angela Bångsbo
Eva Lidén

ARBETSRAPPORT 2010
ISSN 1651-4556
UPPLAGA: 1

© Författaren/Författarna

Mångfaldigande och spridande av innehållet i denna rapport - helt eller delvis - är förbjudet utan medgivande av författaren/författarna.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	1
INLEDNING	2
BAKGRUND.....	2
Forskning om vård- och omsorgsplanering	3
Institutionella samtal	4
Begreppet delaktighet	5
SYFTE	6
METOD.....	6
Urval	6
Analys	7
Etiska överväganden.....	8
RESULTAT	9
Samtalsramen	9
Deltagarnas upplevelser inför och uppfattningar om VOP-mötet	9
Patienternas upplevelser	9
Vård- och omsorgspersonalens uppfattningar inför mötet.....	10
Under samtalet - hur olika bilder av patienten skapas....	10
Deltagarnas upplevelser efter mötet	18
DISKUSSION	19
BILAGOR.....	22
Bilaga 1 Översikt över inspelad data från VOP-möten.....	22
Bilaga 2 Översikt över omfattning av intervjudata	24
REFERENSER.....	25
TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD/ FOU SJUHÄRAD VÄLFÄRD	28
Rapporter i serien Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad/ FoU Sjuhärad Välfärd: 2002 - 2010	28
Arbetsrapporter och delrapporter: 2002 - 2010	29

SAMMANFATTNING

Äldre personer med flera ohälsoproblem och komplexa vård- och omsorgsbehov är en ökande grupp i samhället. För att åstadkomma en vård och omsorg som svarar mot den enskilda personens behov är samverkan mellan olika vårdgivare och professioner en viktig utgångspunkt vid vård- och omsorgsplanering. I denna studie har vi undersökt hur delaktighet för patienter skapas vid vård- och omsorgsplaneringsmöten (VOP-möten) samt hur deltagarna upplever detta. Datamaterialet består av bandinspelade VOP-möten samt efterföljande intervjuer med mötesdeltagarna. I datamaterialet ingick dels möten som genomfördes av vård- och omsorgspersonal vars huvudsakliga arbetsuppgift är att genomföra vård- och omsorgsplaneringar (här kallade specialiserade vårdplaneringsteam), dels möten som genomfördes av personal som inte specifikt arbetade enbart med VOP-möten.

De inspelade VOP-mötena analyserades utifrån dimensionerna aktiv-passiv, subjekt-objekt. I analysen belystes hur såväl patienternas, närståendes samt vård- och omsorgspersonalens förhållningssätt bidrog till den bild av patienten som framställdes under mötet. Resultatet presenteras utifrån följande kategorier: Att vara ett ”aktivt subjekt”, d v s att man är delaktig i sin vård- och omsorgsplanering och förväntas ta ansvar vid formulering av målsättningar; Att vara ett ”passivt subjekt” det vill säga patienten framstår som en hel person som lever i ett livssammanhang men som på grund av hälsoskäl eller påverkan i omgivningen inte är så delaktig vid VOP-mötet; Att vara ett ”aktivt objekt” vilket innebär att endast begränsade aspekter av personen framträder exempelvis genom att patienten bidrar till en beskrivning av sig själv som ett objekt; samt slutligen; Att vara ett ”passivt objekt” där patienten fråntas möjligheten att delta i bedömning eller planering av vård och omsorg. I resultatet beskrivs dessutom omständigheterna kring mötet, ”Samtalsramen”, samt deltagarnas upplevelser före, under och efter mötet.

I resultatet framkom att patienterna i huvudsak var aktiva vid VOP-mötena och bemöttes som subjekt. Patienternas delaktighet underlättades i den här studien av att de var väl förberedda inför mötet, de visste vad mötet skulle handla om, flera hade tidigare erfarenheter av VOP-möten och de gavs möjlighet att berätta vem man var och hade varit. Patienterna beskrev i de efterföljande intervjuerna att de, inför VOP-mötet, kände en oro att självbilden skulle komma att förändras från självständighet till beroende. Patienterna beskrev i de flesta fall att de kände sig bekväma under mötet. Vidare framkom att patienterna efter mötet upplevde både att deras önskemål infriats, men också en medvetenhet om att livsavgörande beslut hade aktualiserats, vilket kunde föranleda såväl besvikelse som anpassning till en ny livssituation.

Resultatet kan inte sägas representera hur VOP-möten generellt sett genomförs och upplevs. Begränsningar i datamaterialet består av att inspelningarna av VOP-möten och intervjuer ägde rum i ett område där det fanns god tillgång på korttidsplatser. Majoriteten av datamaterialet utgjordes också av möten med vårdpersonal som var särskilt erfarna och intresserade av arbetsuppgiften. Denna rapport kan därför sägas beskriva i huvudsak ”goda exempel” på vård- och omsorgsplaneringsmöten, d v s när det fungerar väl. Trots detta anser vi att den modell som beskriver hur patienterna positionerar sig och positioneras som aktiv/passiv, subjekt/objekt är giltig och möjlig att använda i alla typer av VOP-möten och kan tjäna som stöd för att förstå vad som händer och hur det händer i kommunikationsprocessen.

Nyckelord: Delaktighet, Patient, Brukare, Vårdplanering, Kommunikation

INLEDNING

Huvudmålet för FoU Sjuhärad Vålfärd (FoUS) är att genom kunskapsutveckling och metodstöd bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen; landsting, primärvård och kommun, och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna. Inom FoUS uppdrag ingår att bevaka och utveckla kunskap om äldre multisjuka personers vård och omsorgsbehov ur ett brukarperspektiv. Det finns olika definitioner av begreppet multisjuklighet, men i denna studie avses personer som är äldre än 77 år och har två eller flera hälsoproblem (Socialstyrelsen, 2005). Många multisjuka äldre personer är i behov av sjukhusvård och blir då ofta deltagare i vård- och omsorgsplaneringar och det var i syfte att närmare studera denna verksamhet som projektet ”Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet” utvecklades. Begreppet ”vård- och omsorgsplanering” (VOP) har i denna studie valts i enlighet med rekommendation från Socialstyrelsens termbank (<http://app.socialstyrelsen.se/termbank>).

Ett svårt beslut för oss författare till denna rapport har varit att bestämma oss för på vilket sätt huvudpersonerna i arbetet skulle benämnas. Längre valde vi att skriva brukare/patient för att visa att vi är medvetna om att människor i behov av vård och omsorg benämns på olika sätt beroende på vårdgivarens huvudsakliga uppdrag. Texten blev dock svårläst och vi beslutade oss för att välja begreppet ”patient” på grund av att de personer i behov av vård och omsorg som ingick i denna studie alla hade det gemensamt att de vårdats på sjukhus av medicinska skäl. Kategoriseringar av detta slag är ett uttryck för den problematik vi vill belysa inom ramen för detta arbete.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter skall patienten vara delaktig i vårdplaneringen i möjligaste mån (SOSFS, 2005:27). Enligt aktuell forskning, som kommer att presenteras i bakgrunden nedan, och erfarenheter från vårdpersonal som ofta medverkar i sådana möten är det inte så idag. Därför genomfördes detta projekt med tydligt patient/brukarperspektiv för att studera hur det konkreta mötet mellan professionella vårdare, patienter och närstående går till, vad som händer och vad det innebär.

BAKGRUND

Äldre personer med flera ohälsoproblem och komplexa vård- och omsorgsbehov är en ökande grupp i samhället. För att kunna tillgodose dessa personers vård- och omsorgsbehov på ett sätt som uppfyller kraven på God vård (Socialstyrelsen, 2009), krävs en väl fungerande samverkan mellan vårdverksamheter och professionsföreträdare inom öppen- och slutenvård och omsorg. Betydelsen av samverkan har också lyfts i många sammanhang, inte minst i samband med utvärderingar som genomförts av tillsynsmyndigheter (Socialstyrelsen, 2007). Ett av kriterierna, som Socialstyrelsen identifierat som betydelsefullt för God vård, är att hälso- och sjukvården är patientfokuserad (Socialstyrelsen, 2009). Med detta menas, bland annat, att:

”...patienten bemöts utifrån hans/hennes sociala sammanhang och att vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar och värderingar. Vården skall planeras och genomföras i samråd med patienten. Största möjliga kontinuitet i kontakter och information bör eftersträvas och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks” (a.a., sidan 21).

Vidare framkommer i dokumentet att dialogen med patienten därför är av avgörande betydelse samt att kommunikationen bör vara en integrerad del av all vård och behandling. Förståelse och insikt är väsentliga förutsättningar för att patienten ska kunna vara delaktig och ha inflytande över den egna behandlingen och vården (Socialstyrelsen, 2009).

För att åstadkomma en trygg och säker vård och omsorg krävs därför en genomtänkt och samordnad vård och omsorgsplanering vid utskrivning av äldre multisjuka personer från sjukhus (Socialstyrelsen, 2007).

Kommunikationens betydelse i vård- och omsorgssammanhang har också lyfts fram i forsknings-sammanhang (Efraimsson, 2005; Hedberg 2006). I en doktorsavhandling om hur samarbete tar sig uttryck i multiprofessionella team inom en verksamhet (smärtrehabiliterings-team) (Lundgren, 2009), framkom att deltagarna arbetar utifrån olika ansvarsområden: professionsspecifika, överlappande och gemensamma. Under team-mötet använder sig deltagarna av språkliga strategier som stödjer samarbetet. För att få fram relevant information som utgångspunkt för bedömningen kan man till exempel gemensamt inventera och sortera information och man kan ”pröva en tanke” under bedömningsprocessen. I resultatet visas också hur team-medlemmarna kommunikativt kommer fram till vilken förklaringsnivå som krävs för att en gemensam förståelse för problematiken skall bli möjlig och för att hitta lämpliga lösningar i det enskilda fallet.

FoUS Välfärds projekt ”Samordnad vård och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet” syftar till att söka kunskap om vård- och omsorgsplaneringsmötet vid utskrivning från sjukhus av patienter, som är i behov av fortsatt vård- och omsorg i det egna hemmet eller i kommunalt särskilt boende. I detta projekt omfattar samverkansproblematiken inte bara personal inom en verksamhet, som i ovan nämnda Lundgrens studie, utan också mellan verksamheter. Den första delstudien i projektet syftade till att beskriva vård och omsorgspersonalens erfarenheter av att delta i VOP-möten och har nu avslutats och rapporterats (Lidén, 2009). Resultatet visade att det fanns en komplex och splittrad syn på vård- och omsorgsplaneringsmötet (VOP-mötet) bland informanterna och att det inte fanns något enhetligt sätt att genomföra VOP-möten på. Även om alla informanter var överens om att patientens perspektiv skulle vara i fokus så fanns problem av såväl praktisk som organisatorisk och kunskapsrelaterad art. När det gäller patientens delaktighet ansåg informanterna att det är svårt att balansera antalet personer som behöver delta med patientens möjlighet att få utrymme i samtalet för att få ett tillräckligt omfattande beslutsunderlag vid bedömningen av patientens vård- och omsorgsbehov. I resultatet framkom också problem som bottnade i en bristande tillit mellan mötesdeltagarna och bristande kunskaper om varandras arbetsvillkor samt vilka resurser som kan erbjudas patienten. Informanterna beskrev också olika arbetssätt som förekom när det gällde att genomföra VOP-möten och att olika prioriteringar gjordes av vårdpersonalen vid olika vårdenheter.

Forskning om vård- och omsorgsplanering

Den problematik som uppstår i samband med att en patient skrivs ut från slutenvård för vidare vård- och omsorg i hemmet eller i alternativa boendeformer har belysts även i ett stort antal internationella studier. Utskrivning från sjukhus beskrivs i forskningen som en komplex process där flera yrkesgrupper och organisationer samverkar. Kvaliteten på informationen som ges inför utskrivning är av stor betydelse för patientens upplevelse av att vara förberedd inför utskrivning (Popejoy, 2010). Vård- och omsorgssystem ser olika ut i olika länder och det finns svårigheter att jämföra mellan olika länder. Gemensamt för de internationella och nationella forskningsstudier som belyst problematiken är att både negativa och positiva effekter i utskrivningsprocessen påvisats. Enligt forskningen har följande faktorer visat sig påverka vård- och omsorgsplaneringens effektivitet och kvalitet: fungerande samverkan mellan verksamheterna och tvärdisciplinär kompetens, rimlig planeringstid, tydligt patient- och närståendeperspektiv vilket bland annat innefattar att patienten är förberedd och informerad om vad som ska ske, samt fungerande kommunikation (Efraimsson, 2005).

I en studie kring vårdplaneringsmöten med strokepatienter, studerades vilka frågor som diskuterades och hur man kommunicerade. De professionella dominerade samtalsutrymmet till största delen. Det framgick också att patienterna sökte allianser med andra deltagare när de tog upp sina behov och önskemål inför framtida vård. Studien påvisar vikten av att patienter görs delaktiga i sin vårdplanering och att personalen måste öka sin kunskap inom området (Hedberg, 2008). En avhandling av Petersson (2009) utgjordes delvis av berättelser från personal ur olika organisationer om lyckade vårdplaneringar. I resultatet framgick att delak-

tighet hos patienter uppnås genom att patienterna var välinformerade och bjöds in till en dialog där utrymme gavs för att uttrycka upplevelser, önskemål och behov. Vidare betonar Petersson vikten av att se patienten som en tänkande och jämlik person med egna önskemål och behov då detta utgör en primär förutsättning för patientdelaktighet. Självtillit hos vård-/omsorgspersonalen, kommunikationskompetens och kunskap om vårdplanering som en process är viktiga förutsättningar för en god dialog vid samordnad vård-/omsorgsplanering. Tilliten till sig själv som person var betydelsefull hos vårdpersonalen för att inbjuda till samtal, uppleva minskat kontrollbehov, lyssna på andra professionella, patienter samt närstående. Att patienten är delaktig är viktigt då en samordnad vårdplanering väcker existentiella tankar hos patienter kring vad som kommer att hända och om man kommer att kunna flytta hem igen (Petersson, 2009).

Institutionella samtal

VOP-möten är en arbetsform inom vården där samtalet är det främsta arbetsredskapet. Mötet kan på så sätt beskrivas som en kommunikativ verksamhet eller händelse. Inom kommunikationsforskning skiljer man mellan vardagssamtal, som ses som den ursprungliga kommunikationsformen och institutionella samtal (Sarangi & Roberts, 1999). Vardagssamtalet kännetecknas bland annat av att deltagarna har en gemensam bakgrundshistoria och förståelsegrund för det som behandlas i samtalet och det finns en jämlikhet i samtalsituationen. Innehållet i samtalet är oplanerat och kan handla om både stora frågor och småsaker. Dessutom är samtalets innehåll och struktur ofta oreflekterat av deltagarna (Kvale, 1996).

Det institutionella samtalet däremot, kännetecknas av att deltagarna är professionella och lekmän. Samtalet har ett särskilt syfte, det vill säga att lösa problem eller utföra uppgifter som ingår i institutionens ansvarsområde. Samtalet följer i stort sett de rutiner som utformats i verksamheten och deltagarna har i enlighet med dessa rutiner bestämda roller, rättigheter och skyldigheter (Linell, 1990). Agar (1985), som har studerat kommunikationsmönster vid olika typer av institutionella samtal, menar att ett av syftena med samtalen är att diagnostisera klienten. Med detta menas att beskriva, eller klassificera, de människor som finns i verksamheten med hjälp av begrepp som utvecklats inom ramen för institutionens verksamhet. Personer med vårdbehov som finns inom kommunal vård- och omsorgsverksamhet kan därför beskrivas som exempelvis "patient", "boende" eller "vårdtagare" medan vårdpersonalen klassificeras som exempelvis sjuksköterska, biståndsbedömare eller "enhetschef". Ett annat syfte är att ge personen i fråga anvisningar för vad han eller hon bör eller förväntas göra med anledning av den "diagnos", eller klassificering av problemet som fastställts. Det innebär också vanligtvis att institutionens representant skall utföra vissa uppgifter. Slutligen innebär institutionella samtal att personalen skall rapportera vad som hänt genom att skriftligt eller muntligt sammanfatta samtalet, med eller utan klientens medverkan. Även rapporteringen utformas på ett sätt som är i enlighet med den standard som fastställts inom ramen för den institutionella verksamheten. Beskrivningen av institutionella sammanhang stämmer väl överens med hur vårdplaneringsmöten är uppbyggda, genomförs, dokumenteras och rapporteras.

Forskning om institutionella samtal har utgått från en variation av olika frågeställningar som samtliga på något sätt berör vad som händer i samtalet, hur det händer och vilken betydelse och vilka konsekvenser det får. De institutionella samtalens betydelse diskuteras exempelvis i relation till vad de gör med de personer som deltar, till hur kunskap, normer och värderingar befasts och vidarebefordras samt i relation till hur de påverkar interpersonella relationer, organisationer eller samhällsstrukturer (Sarangi & Roberts, 1999). Ett exempel på ansats när det gäller att studera institutionella samtal är teorin om positionering (Harré & van Langehove, 1999). Teorier om positionering (Harré & van Langehove, 1999), som sker mellan individer, beskriver hur vi agerar i förhållande till andra och vilka positioner vi intar eller tilldelas vid det institutionella samtalet i likhet med VOP-mötet. Harré & van Langehove menar att institutioner har ett intresse av att positionera människor i två fall: när institutionen har officiell makt att ta moraliska beslut om människor utanför institutionen och när man måste ta beslut avseende människor inom institutionen.

Begreppet delaktighet

Hur man definierar och använder begreppet delaktighet beror på sammanhanget och skiljer sig till viss del åt om man fokuserar på individ- eller samhällsnivå. I den här studien har vi valt att beskriva delaktighetsbegreppet ur ett individperspektiv.

Delaktighet kan uppfattas som ett diffust begrepp av vård- och omsorgspersonal och många har därför endast en flyktig förståelse av vad begreppet innebär. Därtill har patienter respektive vård- och omsorgspersonal olika uppfattningar om vad patient- eller brukardelaktighet står för (Cahill, 1996). I Svenska Akademiens ordbok på nätet; SAOB, definieras delaktighet som gemensamhet, gemenskap, att stå i förbindelse, kommunikation eller beröring med någon vilket kan sägas stå för någon sorts närhet (Svenska Akademien D637). Delaktighet kan också ses som en aktiv process innefattande patienter som deltar i beslutsprocessen under hela sin vårdtid (Saunders, 1995). Enligt ICF, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (2003) så definieras delaktighet i ett hälsosammanhang med en bred definition som ”engagemang i en livssituation” till skillnad från andra definitioner som endast innefattar delaktighet i beslutsfattande. Ett exempel på de senare är ”patientens engagemang i beslutsprocessen kring ämnen som rör hälsa”, en definition från MeSH, the National Library of Medicine’s Medical Subject Headings (http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm).

I en forskningsstudie vid ett sjukhus i Sverige om vad patienter beskriver som patientdelaktighet, definieras delaktighet av patienter på sjukhus som att personalen lyssnar, patienten får möjlighet att beskriva symptom eller problem som uppkommit samt att patienten får förklaringar till sina problem. Beskrivningarna fokuserade på att ha kunskap hellre än att bli informerad och på patientens samverkan med vårdpersonal hellre än att endast medverka i beslutsfattande kring vård och behandling (Eldh, 2010). Det innebär att patienters uppfattningar om delaktighet i hög grad överensstämmer med definitionen i ICF men inte i den begränsade betydelsen av begreppet som används av hälso- och sjukvårdspersonal i till exempel MeSH (http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm). Det finns på motsvarande sätt definitioner som beskriver patienters upplevelser av att inte vara delaktiga i sin vård och omsorg. Att inte få adekvat information, inte bli hörd eller bemött utifrån var och ens individuella behov var aspekter på icke-delaktighet. När organisationsperspektivet är viktigare än patient-/brukarfokus i organisationen så inskränker det patient-/brukardelaktighet (Eldh, 2008). Delaktighet förutsätter att man har kunskap och förmågan att påverka beslutsfattandet (Rifkin & Pridmor, 2001) eller det som också benämns ”empowerment”. Om man har rätt information vid rätt tillfälle och kan använda sig av den så har man en kunskap som kan omsättas till makt eller inflytande över sin situation (Rifkin & Pridmor, 2001).

Ashworth (1992) menar att en förutsättning för patientdelaktighet är att individer har möjligheter att medverka på ett meningsfullt sätt. För att kunna göra detta krävs att patienten är väl insatt i aktuell information och upplever trygghet i samverkan med andra. Delaktighet innebär att förutsättningar som tas för givna i hälso- och sjukvården såsom exempelvis vilka uppgifter och roller personalen har, syftet med mötet och så vidare redan är kända av individen. Det är viktigt att känna sig förberedd inför mötet. För att vara delaktig vid VOP-möten anser Ashworth vidare att patienten behöver känna sig avslappnad och kunna föra sig på ett säkert sätt utan att känna sig hotad. Patienterna behöver också känna tillit till sin medverkan vid planeringen och genomförandet av den egna vården. Lidén (2009) menar att förutsättningar för främjande av patienters delaktighet är att det i samband med VOP-möten finns ett tydligt patient- och närståendeperspektiv och att mötena är väl strukturerade. Detta innebär i sin tur att patienterna är väl förberedda inför mötet, närstående delaktiga på patientens villkor och att kommunikationen kännetecknas av en process där informationen är kortfattad och tydlig.

Enligt Cahill (1998) kan delaktighet beskrivas som att ”bli involverad eller tillåtas att bli involverad” i beslutsfattande och den service som erbjuds. Forskning om patienters möjligheter att påverka sin vård har visat att patienter kände att de saknade både styrka och kunskap att kunna påverka beslutsfattandet (Nordgren

och Fridlund, 2001). Almborg (2008) beskriver i sin avhandling att patienter ansåg att de fick information men färre upplevde delaktighet vid planering av vård och omsorg, rehabiliteringsinsatser och målsättning. De närstående upplevde brist på information och delaktighet. Almborg konstaterar att de professionella ofta saknar strategier för att underlätta patienters och närståendes delaktighet vid VOP-möten. Detta i motsats till vad Socialstyrelsen (2009) betonar om att patienten ska bemötas utifrån sitt sociala sammanhang och hänsyn ska tas till individuella förutsättningar och behov.

Sammanfattningsvis så kan vi konstatera att ICF's definition på delaktighet; ”engagemang i en livssituation” överensstämmer med den uppfattning om delaktighet som patienter själva beskrivit i forskningsstudier. Definitionen har varit vägledande i denna studie av hur patienters delaktighet kommer till uttryck vid VOP-möten. Vi har valt att tolka begreppet delaktighet i betydelsen att patienten bemöts och handlar som ett aktivt subjekt under VOP-mötet. När patienter är delaktiga vid samordnad vård- och omsorgsplanering så ges också utrymme för patientens livssituation som den kommer till uttryck bland annat i patienternas livsberättelse. Vidare ges det utrymme för att den enskilda personens specifika behov och önskemål kommer till uttryck och beaktas vid VOP-mötet.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva hur patienters delaktighet kommer till uttryck vid de samtal som förs vid VOP-möten. Studien syftar också till att beskriva deltagarnas upplevelse av att delta i VOP-möten.

Utifrån den beskrivning av begreppet delaktighet som lyfts fram ovan har följande frågeställningar väglett författarna i metodval samt genomförande av studien: Vilka roller ges eller tar patienten vid VOP-möten? Hur framställs patienten av deltagarna under mötet VOP-mötet; som aktiv eller passiv, som subjekt eller objekt? Vilka kombinationer av dessa aspekter kan identifieras i relation till patienterna?

METOD

För att studera vad som hände i själva samtalet under VOP-mötet valdes diskursanalytisk metod, där det bandinspelade materialet från mötena analyserades i flera steg. Både induktiva och deduktiva moment ingick i analysprocessen. Teoretiskt stöd för analysmetoden har hämtats dels från Wetherells (2001) beskrivning av diskurspsykologi som innebär att, utifrån noggranna beskrivningar av datamaterialet, hitta mönster som kan vara vägledande i den fortsatta analysen. Exempel på denna typ av analys är Kvarnström och Cederunds (2006) studie av diskursiva mönster i multiprofessionella team. Vi har också funnit teoretiskt stöd för analysen i Roberts och Sarangis (2005) beskrivning av tematisk diskursanalys. Enligt detta perspektiv belyser forskaren i diskursanalysen hur språket formar den professionella verksamheten. Analysmetoden är influerad av både sociologi och lingvistik och syftar till att belysa hur mening samskapas av deltagarna i interaktionen. Detta sker genom att beskriva hur ledtrådar i interaktionen påverkar innehållet i samtalet och händelseförloppet, exempelvis hur deltagarna uppfattar och förhåller sig till varandra och vilka beslut som fattas.

Urval

Datamaterialet i denna studie bestod av bandinspelade VOP-möten och efterföljande intervjuer med deltagarna vid mötet. Målsättningen vid datainsamlingen var att studera cirka 15 VOP-möten som genomfördes med olika förutsättningar: på sjukhus, utanför sjukhuset, i korttidsboende eller i patientens egna hem. Vidare söktes en variation i fråga om personalens erfarenhet av VOP-möten, vilket innebar vård- och omsorgspersonal som var specialiserad för uppgiften eller inte eller vårdplaneringsteam som huvudsakligen arbetar

med VOP-möten.

Urvalet av VOP-möten utgjordes av ett bekvämlighetsurval som genomfördes med hjälp av sjuksköterskor på aktuella sjukhusavdelningar och med hjälp av biståndshandläggare i de kommuner som inkluderats i studien. Dessa sjuksköterskor och biståndshandläggare identifierade patienter som uppfyllde följande inklusionskriterier: patienter över 77 år, två eller flera hälsoproblem, kognitivt klara, i behov av vård och/eller omsorg i hemmet. Sjuksköterskorna och biståndshandläggarna gjorde också en första förfrågan till patienterna om de var villiga att delta i studien och lämnade ett informationsbrev. För att patienterna skulle ges möjlighet att ställa frågor om studien besökte den person som skulle genomföra datainsamlingen patienten innan VOP-mötet skulle äga rum, endera någon dag innan eller strax före VOP-mötet. Telefonkontakt med berörda närstående och/eller vårdpersonal togs också via telefon. I ett fall avböjde närstående medverkan efter den första förfrågan.

Datamaterialet omfattade slutligen 13 VOP-möten. Patientgruppen bestod av 4 män och 9 kvinnor i åldrarna 77 – 89 år och i resultatet refereras respektive VOP-möte till utifrån ett fingerat namn. Namnen är valda i alfabetisk ordning och könsanpassade till respektive informant. Vid tre tillfällen misslyckades inspelningen på grund av tekniska problem. Vid de 10 återstående VOP-mötena varierade samtalstiden mellan 19 – 57 minuter och mellan 2 och 7 personer deltog i mötet. Den totala inspelningstiden för VOP-mötena omfattade 5 timmar och 35 minuter och det totala intervjumaterialet omfattade 2 timmar och 25 minuter varav den största delen bestod av patientintervjuer (92 minuter). Eftersom sjukhuspersonalen endast deltog i liten utsträckning i VOP-mötena blev intervju aktuell bara i ett fall. I vissa fall intervjuades vårdpersonal enskilt (VOP-möte 1, 11 och 13) medan VOP-teamet intervjuades i grupp liksom personalen i VOP-möte 10. Detta avgjordes av de praktiska omständigheter som rådde. För en översikt av hela datamaterialet, se tabell 1 och 2.

Med undantag för VOP-möte 6 och 10 arbetade personalen från kommunen i team som var specialiserade på uppgiften. Detta var särskilt utmärkande för den personal som deltog i VOP-möte 2 -5 där hela teamet medverkade vid de VOP-möten som var aktuella, i tabell 1 benämnt "team". Även i VOP-möte 1, 7-9 samt 11-13 var vårdpersonalen inriktade på ett teamarbete, i tabell 1 benämnd som "team-inriktning". Eftersom dessa möten genomfördes på korttidsboende eller i patientens hem var dock förutsättningarna annorlunda. Därför deltog inte alltid hela teamet vid VOP-mötet och bedömningen av patientens behov kunde ske vid olika tillfällen.

Analys

I analysen av datamaterialet arbetade författarna både parallellt och tillsammans och i flera steg. Analysprocessen i sin helhet genomfördes så att hela datamaterialet (både intervjuer och samtalsdata från VOP-mötena) lästes först för att få en överblick och känsla för innehållet. Sedan analyserades båda datamaterialen var för sig (se tillvägagångssättet nedan), för att slutligen presenteras i sammanförd form i resultatet.

Samtalsmaterialet som spelades in under VOP-mötena bearbetades i flera omgångar och analyserades på följande sätt: Först lästes materialet igenom i sin helhet för att få en bild av innehåll och samtalsform. Sedan reflekterade båda författarna till studien över detta och gick vidare i en fördjupad granskning av texten med hjälp av de analysbegrepp Roberts och Sarangi (2005) beskrivit inom ramen för tematisk diskursanalys. De analysbegrepp som avses är följande: "Interactive frames and footing" (uttryck för hur samtalsramen ser ut och hur deltagarna förhåller sig till den), "Contextualisation cues and inferences" (kontextualiseringssignaler och tolkning av dessa), "Face and facework" (hur deltagarna gör för "inte tappa ansiktet"), "Social identity" (uttryck för den sociala identiteten) samt "Rhetorical devices" (retoriska grepp). En preliminär tolkning ledde tanken till vilka förutsättningar och uttryck för patientens delaktighet som visade sig i samtalen utifrån dimensionerna aktiv-passiv och subjekt-objekt. Vidare väcktes frågor kring hur patientens livsberättelse kom

till uttryck under VOP-mötet. Bearbetningen av denna analys resulterade i en tolkning som innebar att bilden av patientens delaktighet under VOP-mötet, i termer av aktivitet och subjektcentrering, kan illustreras med hjälp av en modell (figur 1).

Intervjumaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats (Hsieh & Shannon, 2005). Detta genomfördes på följande sätt: genomläsning av datamaterialet (patienter, närstående och vårdpersonal var för sig). Identifiering av centrala meningsenheter vilka kodades och successivt strukturerades, genom jämförelser av likheter och skillnader i innehåll och kvaliteter, till dess att ett överblickbart resultat kunde utskiljas. Den övergripande strukturen blev i detta fall en kronologisk beskrivning av patienters, närståendes och vård och omsorgspersonals upplevelser och uppfattningar inför, under och efter VOP-mötet.

Etiska överväganden

Inhämtande av forskningsmaterial med hjälp av bandinspelning i samband med vårdplaneringsmöten var etiskt problematiskt. Vårdpersonalens yrkesmässiga integritet och patienternas personliga integritet kunde bli hotad. Situationen vid vårdplaneringsmötet kunde i sig vara tröttande för patienten. Datainsamlingen och kontakterna med forskaren skulle komma att ta tid från vårdpersonalen. Alla deltagare i studien informerades om möjligheten att när som helst avböja medverkan. Nyttan med studien bestod i att vårdpersonalen kunde uppleva ett värde i att just deras arbetssätt studerades och därigenom få en återkoppling på sitt arbete. Patienterna kunde möjligen känna att deras bidrag till forskning kring deras egen och andras situation kunde vara betydelsefull och leda till förbättringar av vården och omsorgen. I hela studien har det varit av stor vikt att respektera deltagarnas självbestämmande och integritet samt att skapa ett förtroende bland deltagarna för att få ett bra datamaterial och resultat. Informerat samtycke har erhållits av personal, patienter och närstående efter muntlig och skriftlig information. Bandinspelning valdes i stället för videoinspelning då det kan uppfattas mindre integritetskränkande och minskar risken för bortfall vid datainsamling. Endast författarna har under studien haft tillgång till materialet som hanterats konfidentiellt. Studien har granskats och godkänts i regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (Dnr: 816-08).

RESULTAT

Inledningsvis beskrivs ”Samtalsramen”, som är en övergripande beskrivning av hur VOP-mötena generellt sett gick till väga. Man kan alltså se den delen som en beskrivning av i vilket sammanhang samtalet vid VOP-mötet ägde rum. Därefter presenteras patienternas och vård- och omsorgspersonalens upplevelser inför mötet. Sedan beskrivs resultatet av analysen av vård- och omsorgsplaneringsmötena samt hur patienter upplevde själva mötena. Den sista delen i resultatet handlar om patienternas samt personalens upplevelser efter dessa möten och hur de ser på framtiden.

Samtalsramen

Enligt datamaterialet hade vård- och omsorgsplaneringsmötena ett varierande upplägg men med några gemensamma delar. En vanlig process i samband med VOP-möten utgjordes av ett förmöte, ibland med hjälp av telefon och ett vård- och omsorgsplaneringsmöte tillsammans med patienten. Ibland inleddes VOP-mötet med ett förmöte utan patientens närvaro. Sjuksköterskan på vårdavdelningen närvarade och delgav information men närvarade sedan inte vid själva mötet. Här skedde framför allt ett överlämnande av information och en genomgång av anamnesen, först därefter hölls själva mötet. VOP-mötena inleddes med en öppningsceremoni där deltagarna presenterade sig vilket följdes av småprat med syfte att öppna upp för samtal. Mötet började och patienten tog ofta upp medicinskt läge och ställde frågor utifrån det.

Personal i vårdplaneringsteam hade en uppgjord strategi att genomföra sin presentation först, innan de släppte in patienten i samtalet. Det förekom också att man riktade sig direkt till patienten i de fall där man redan kände varandra. Sjuksköterskan på vårdavdelningen redogjorde för anamnesen vänd mot patienten och med en uppmaning att avbryta om vederbörande inte tyckte att informationen stämde. Det förekom också att patienten hade en mindre framträdande roll och att det i stället var den närstående som kommunicerade med personalen vid mötet, ibland trots att personalen riktade sig till patienten med sina frågor och information. Därefter avhandlades det som skulle utgöra grunden för beslut och myndighetsutövning. Patienten var antingen aktiv och ställde frågor utifrån egna förberedelser, alternativt var biståndshandläggaren den som gav förslag och presenterade rimliga insatser. Efter det sammanfattades det som överenskommits, vilka insatser som blev aktuella. Här ställde patienten ofta frågor om kostnader för insatserna. Nästföljande del av mötet bestod av en ”pappersexercis”-del; biståndshandläggaren presenterade det skriftliga underlaget inför biståndsbeslut vilket undertecknades. Slutligen delgavs patienten ofta kontaktuppgifter skriftligen och muntligen vart man kunde vända sig, vanligen till biståndshandläggaren, och mötet avslutades.

Deltagarnas upplevelser inför och uppfattningar om VOP-mötet

I datamaterialet framkom att deltagarnas beskrivningar var av olika slag; patienternas var mer emotionellt präglade medan vårdpersonalens var av ett mer reflekterat slag.

Patienternas upplevelser

Patienterna beskrev att de var bekymrade inför VOP-mötet och att de förändrats från att vara självständiga till att bli beroende. En svårighet som beskrevs var att vilja kunna klara sig själv men att inse att det inte längre var möjligt på grund av sviktande hälsa. Det beskrevs som svårt att förhålla sig till beroendet och som en ny och negativ upplevelse att få eller behöva hjälp.

En del av tryggheten inför VOP-mötet kunde härledas till patientens personliga inställning, *att känna sig trygg*. En patient beskrev till exempel att hon tog det med ro eftersom hon ändå inte kunde rå på det. Andra patienter beskrev strategier inför sin nya situation i termer av att ta dagen som den kommer eller att pröva och se. I något fall hade patienten pratat med närstående och varit på hembesök med sjukgymnast och

arbetsterapeut och visste därför inför mötet hur vården och omsorgen skulle komma att fungera i praktiken, man *kände sig förberedd*. Andra patienter hade förberett vissa frågor skriftligt och bekanta till patienten hade "undervisat" henne genom att uppmana henne att ställa vissa frågor och ställa vissa krav. Vissa patienter hade fått information före mötet exempelvis genom telefonsamtal med biståndsbedömaren, andra hade inte förberett på något speciellt sätt utan visste ungefär vad det skulle handla om redan innan.

I datamaterialet framkom att patienternas upplevelse av sin situation varierade av olika anledningar. Någon beskrev sig som *nöjd och tacksam* på grund av goda erfarenheter av den givna vården och att patienten kunnat hämta fysisk och psykisk styrka under en genomgången korttidsvistelse. Det sociala umgänget och den goda maten där hade stärkt patienten så att han var beredd att diskutera framtiden. Andra patienter bar med sig goda erfarenheter, egna eller närståendes, av hemsjukvård/omsorg vilket innebar att patienten bar med sig en positiv inställning inför mötet och den kommande vården och omsorgen. Det beskrevs också som positivt och trygghetsskapande att vara bekant med personalen sen tidigare och att vissa åtgärder redan planerats före mötet som exempelvis hembesök av arbetsterapeut.

I materialet framkom även att patienter fått ta del av *negativa erfarenheter* av vård och omsorg i den kommunala verksamheten genom bekantas berättelser. Även om man ansåg sig ha förberett sig så gott det går var det svårt att veta vad man behöver innan man kommit hem. Patienter beskrev också en osäkerhet inför framtiden på grund av att de var medvetna om att det finns begränsade ekonomiska resurser och regler inom kommunen som måste följas. Oro inför risken för begränsade möjligheter till hjälp och stöd uttrycktes därför i datamaterialet.

Vård- och omsorgspersonalens uppfattningar inför mötet

Personalens uppfattning var att om patienten hade erfarenhet sen tidigare av VOP-möten underlättades delaktigheten. I flera fall beskrev vård- och omsorgspersonalen från kommunen att de upplevde att det var värdefullt med att ha ett möte med sjukhuspersonalen före mötet med patienten. Det beskrevs också som en fördel att känna patienten och närstående innan, liksom att ha möjlighet till enskild kontakt med närstående.

Det framkom att den kommunala vård- och omsorgspersonalens målsättning inför mötet var att kunna ge rätt besked direkt och undvika att förvirra och "röra till det" för patienten. Personalen beskrev att det därför var viktigt att prata "lagom" mycket vid mötet. Informationen till patienten måste avvägas i relation till närståendes situation, det vill säga man informerar inte om alla alternativ som man bedömer som realistiska i det här fallet – *informationen silas*. Det förekom exempel i datamaterialet som visade att vård- och omsorgspersonalen i vissa fall valt att prata sig samman inför VOP-mötet och driva en gemensam linje under samtalet. I andra intervjuer beskrevs det däremot som en skyldighet att visa på *olika handlingsalternativ*.

Under samtalet – hur olika bilder av patienten skapas

Analysen av de inspelade VOP-mötena visade att beskrivningen av patienterna som aktiva eller passiva, som subjekt eller objekt förekom i olika grad. Både vårdpersonal, patienter och närstående deltog i framställningen av dessa bilder både genom sina formuleringar samt genom sina handlingar. Bilden nedan beskriver hur vi tänker oss att patienten kan ges eller inta olika roller vid de inspelade VOP-mötena. Under ett och samma möte förekom det att patienten gavs eller intog olika roller, från att stundtals vara ett aktivt subjekt (1), passivt subjekt (2), aktivt objekt (3) alternativt ett passivt objekt (4). Under mötet rörde sig patienten mellan de olika positionerna i varierande grad.

	Aktiv	Passiv
Subjekt	1 "Men det kan jag bestämma så småningom"	2 "Jag klarar det säkert själv sedan men...."
Objekt	3 "Jag tänkte, det finns ju de som kommer och kör ut mat"	4 "Han kanske behöver hjälp med dusch"

Figur 1 Patientens olika positioneringar under VOP-mötet

1. Att vara ett "aktivt subjekt" innebär, enligt analysen av insamlade data, att man framträder som ett aktivt handlande subjekt, d v s att man är delaktig i sin vård- och omsorgsplanering och förväntas ta ansvar vid formulering av målsättningar. När man framträder som ett aktivt subjekt så visar man även på ett engagemang och en vilja att lyfta fram sin livsberättelse, att visa på behovet av att ta hänsyn till hela individen.

2. Med ett "passivt subjekt" avses i den här studien när man framstår eller vill framstå som en person som lever i ett livssammanhang, med en egen historia, egna preferenser m m men är passiv av hälsoskäl eller görs passiv av övriga deltagare vid VOP-mötet. Detta tar sig uttryck i att man inte är så delaktig vid planering och tar eller ges inte fullt ansvar.

3. Ett "aktivt objekt" framträder med endast begränsade aspekter av personen. Man bidrar med exempelvis beskrivningar av sin funktionsförmåga och beskriver sin funktion utifrån där kroppen framstår som ett objekt.

4. Ett "passivt objekt" överlåter eller fräntas möjlighet till bedömning eller planering av vård och omsorg till övriga deltagare. Endast begränsade aspekter beaktas i VOP-samtalet.

I avsikt att levandegöra innebörden i de fyra positionerna har författarna valt att illustrera varje position med ett illustrativt citat.

1. "Men det kan jag bestämma så småningom" – att vara/bli ett aktivt subjekt

Bilden av patienten som ett "aktivt subjekt" kom till stånd dels genom att patienterna antog ett aktivt förhållningssätt under samtalet, dels genom att vårdpersonalen och närstående antog ett aktivitetsstimulerande förhållningssätt.

De patienter som var aktiva i de studerade VOP-mötena var väl förberedda och visste om vad som skulle avhandlas. De reflekterade och ställde frågor, om exempelvis vilken hjälp som kunde erbjudas av kommunen efter utskrivningen, och uttalade önskemål. De mest aktiva patienterna var så väl förberedda inför mötet att de initierade och ledde frågeställningarna. Patienten som uppfattades som ett aktivt subjekt, "gjorde sig" aktiv; tog initiativ och ställde egna frågor eller angav viljeriktning utifrån sina förberedelser samt hade ett allmänt aktivt förhållningssätt. De lyfte fram sin livsberättelse för att visa vem de var eller hade varit. Dessa patienter beskrev också sitt tillstånd och sin belägenhet och reflekterade över vad som skett under vårdtiden och hur planeringen borde se ut inför framtiden:

Biståndshandläggaren: - "Du kanske ska ha trygghetslarm".

Patienten: - "Ja det har jag funderat på och det är klart, huset är ju lite stort med en stor tomt och det får ju teknikerna undersöka om larmet räcker över hela tomten" (Iris)

Vistelsen på korttidsplatsen innebar för många en ytterligare möjlighet att höja sin aktivitets- och funktionsförmåga med stöd av personal för att därefter återgå till eget boende utan hemtjänst. Alternativet hade

varit att gå direkt hem med hjälp av insatser från hemtjänst. Några patienter hade förberett sig på egen hand, tagit kontakter och diskuterat med vänner och/eller anhöriga. Flera patienter hade reflekterat angående vad hon/han trodde sig om att klara efter hemkomsten och de frågade även om dag och tidpunkt för utskrivning och var även på det klara med syftet med mötet. Vid VOP-mötena förekom önskemål om att planera tid för utskrivning i samband med installation av trygghetslarm i hemmet, patienten uttryckte en önskan om att ha hunnit hem innan larmet skulle installeras. Patienten intog en central plats vid VOP-mötet och reflekterade utifrån sin situation.

Patienten förväntades kunna redogöra för vad hon trodde sig om att kunna klara efter hemgång. Patienter som gavs eller intog rollen av subjekt förväntades ta eget ansvar. Våldigt aktiva patienter ledde frågeställningarna utifrån sina förberedelser inför mötet och ställde frågor om möjligheter till att få komma till en korttidsplats ”om det blir problem med att klara sig hemma”. En patient hade bestämt sig före VOP-mötet att hon inte ville gå hem utan ville vistas på korttidsplats under några veckor. Hon uttryckte en målsättning med vistelsen för att motivera sitt ställningstagande och hade sedan tidigare goda erfarenheter av korttidsboende:

”Ja jag måste kunna gå med en krycka, om jag ska kunna klara mig själv och det kunde jag jättebra” (Ebba)

Det förekom i flera intervjuer att patienten som framträdde som ett aktivt subjekt styrde samtalet under den första delen av VOP-mötet. Personalen tog sedan upp de frågor och förslag som patienten inte tagit upp, av relevans för den fortsatta planeringen. Aktiva brukare ställde frågor om till exempel omfattningen av de städinsatser som erbjöds, om alternativa utförare som exempelvis fixartjänst. I Borås stad erbjuds till exempel kundval där brukare får ta ställning till vilken utförare som ska sköta vissa tjänster i hemmet. Vissa patienter betonade också vikten av att städa ordentligt och ville veta detaljer kring hur hemtjänsten går tillväga för att göra rent spisar och ugnar. En person hade behov av att veta hur långt larmet sträckte sig eftersom hon ägde en stor trädgård och ett hus i flera våningar och det framkom tydligt en oro över att inte känna till räckvidden, till exempel om hon skulle falla utomhus. I det fallet bemöttes brukarens önskan av den person som skulle installera larmet som erbjöd en grundlig genomgång.

Ibland förekom det att patient och närstående hade olika åsikter. När patienten hade förmågan att vara aktiv vid VOP-möten så blev det oftast som denne önskade. Att ha en viss förförståelse, om man hade deltagit vid VOP-möte tidigare eller hade erfarenheter av hemtjänstinsatser föreföll underlätta en aktiv roll. Det framgick av både personal och patienter. ”För att, känner jag att jag klarar det är det klart då vill jag ju laga maten själv.” Aktiva patienter ställde ofta fler och mer detaljerade frågor om insatserna från hemtjänsten och vad de omfattade samt ville även veta vad fixartjänst kunde erbjuda. Ibland önskade patienten mer hjälpinsatser av hemtjänst än vad biståndshandläggaren ansåg vara rimligt, vilket då ofta blev ifrågasatt av biståndshandläggaren. I intervjuerna utmynnade det till patientens fördel genom att biståndshandläggaren biföll patientens önskemål.

Personalen och även närstående bidrog till att positionera patienten i denna kategori genom att anta ett förhållningssätt gentemot patienten som stimulerade till aktivitet, till exempel genom att ställa öppna frågor som manade till aktivitet och eftertanke.

Biståndshandläggaren:- ”Har du funderat på någonting?”

Patienten:-” Ja det är klart att innan man kommer igång riktigt kanske så får jag väl ha, så får jag se hur det blir sen. Middagsmålet kommer jag att ta naturligtvis”.

Biståndshandläggaren:-” Ja matdistributionen, då har du möjlighet att äta i din lägenhet eller om du vill gå ner och äta i cafésalongen.”

Patienten: - "Heter det ja, så fint."

Biståndshandläggaren: - "Ja, i matsalen där nere."

Patienten: - "Men det kan jag bestämma så småningom" (Greta)

Personalen delgav patienten relevant information och förväntade sig i sin tur motsvarande av patienten. Den personal som deltog vid vårdplaneringsmötet vände sig till patienten med frågor: "Hur känns det med denna planering, X?" För att stödja patienten i att vara aktiv vid VOP-mötet, så förutsatte personalen att patienten var beredd att ta ett visst ansvar genom att formulera rimliga målsättningar tillsammans. Det kunde handla om önskemål om att få komma till en korttidsplats under ett par veckor i stället för att gå direkt hem. Det kanske fanns tidigare erfarenheter av att vistas på korttidsplats och patienten reflekterade utifrån detta. I vissa intervjuer erbjöd biståndshandläggaren patienten olika insatser utifrån de förslag som patienten gav, patienten stöttades på så sätt till att bli en aktiv part vid VOP-mötet.

2. "Jag klarar det säkert själv sedan men...."- att vara/bli ett passivt subjekt

De patienter som i det här materialet framstod som "passiva subjekt" var måna om att lyfta fram sin livsberättelse, vad man gjort tidigare i livet samt bevara sin autonomi och integritet. De framförde däremot inga idéer eller förslag på lösningar på de aktuella vårdproblemen. Den enskilde patienten lyfte gärna fram sin person och gjorde en självpresentation, inte bara som patient: "Det är första gången jag ligger på sjukhus". Det fanns en vilja att visa på att man var ett subjekt med individuella önskemål och behov. Till exempel framförde en patient önskemål om vegetarisk kost, en livslång vana som var avgörande betydelse för hennes välbefinnande:

Biståndshandläggaren: - "Inga koprodukter, ingen ost heller och ingen...."

"Patienten: - "Nej jag har använt och det kommer jag att fortsätta med lite"

Västerbotten, men det blir väldigt tunna skivor, inte mycket men väldigt gott". (Iris)

Flera patienter uttryckte svårigheter att veta precis hur det skulle bli efter hemkomsten vilket ledde till osäkerhet. Några patienter kompenserade sin sviktande funktionsförmåga genom att framhålla att de "hängde med" på olika sätt i samhället, de använde så kallade "saving face"-strategier för att påvisa sin integritet och visa att de var ett subjekt. I vissa fall hade patienterna inte riktigt insikt i sina hjälpbehov eller ville förmedla att det säkert skulle ordna sig, att förmågan fanns. Om man var osäker på sin förmåga så ville man i alla fall pröva för att se om det fungerade i hemmet efter hemgång. Patienterna var ofta måna om att bevara sin integritet och "hålla skenet uppe", ville gärna vara oberoende och sa "jag klarar det säkert själv sedan men..."

Några patienter deltog i och för sig aktivt i samtalet, men tog inga egna initiativ eller gav förslag. De tog endast ställning till personalens, framför allt biståndshandläggarens förslag. Det förekom att man var aktiv då man fick möjlighet att berätta något om vem man var men intog för övrigt en passiv hållning under VOP-mötet, som i citatet nedan:

Biståndshandläggaren: - "Och sen har undersköterskan pratat om vad du klarar, du klarar allting här nu?"

Patienten: - "Jag sköter mig fullständigt själv här nu".

Biståndshandläggaren: - "Ja skönt. Kvällsmål?"

Patienten: - "Ja jag har aldrig ätit mer än ett par mackor på kvällen så det är enkelt".

Biståndshandläggaren:- "Nej så det klarar du själv ja. Trygghetslarm, har du funderat på det?"

Patienten:- "Ja larm kanske jag behöver ha, jag vet inte vad det..." (Greta)

I de fall där vårdpersonalen och närstående stöttade patienten som "passivt subjekt", förde personalen en dialog med patienten och var noga med att patienten var i fokus för vård- och omsorgsplaneringsmötet. Vårdpersonalen var noga med att visa att det var patientens möte, även om det inte bidrog till patientens aktivitet i någon högre grad:

Biståndshandläggaren:- "Och då är min fråga till dig har du tänkt igenom vad du kommer att behöva för hjälp och så, och vad för typ av hjälp har du tänkt skulle passa?"

Patienten:- "Det har jag inte hunnit tänkt igenom och en vet ju inte hur en är när en kommer hem".

Biståndshandläggaren:- "Det förstår jag".

Patienten:- "Det...."

Biståndshandläggaren:- "Man vet inte vad man riktigt behöver när man kommer hem, men kan ju tänka lite grann vad du behöver för hjälp här på avdelningen och sen får jag göra en uppföljning. Kanske efter någon vecka när du har varit hemma, då har du ju hunnit och känna efter lite grann"(Fanny)

Genom personalens förhållningssätt underlättades för patienten att framträda som ett subjekt. Någon patient talade om sina intressen som exempelvis sport, sportsändningar i TV och att följa politiska debatter. Personalen tog hänsyn till patientens livsberättelse, inte bara "här och nu", utan helheten vägdes in. Till exempel bejakades patientens tidigare erfarenheter av vård och omsorg samt vad patienten ville eller önskade i samband med mötet. Det kunde också innebära att planera hemtjänstinsatser efter hemgång utifrån patientens individuella behov av att stiga upp tidigt eller sent på morgonen, alternativt tidigt eller sent sänggående på kvällen. Det kunde också handla om att tillvarata patientens intressen, som till exempel att uppmana närstående att ta med en TV till korttidsplatsen, om detta var ett av patientens intressen.

3. "Jag tänkte, det finns ju de som kommer och kör ut mat" – att vara/bli ett aktivt objekt

Bilden av patienten som "aktivt objekt" framträdde exempelvis när patienten beskrev sig/beskrevs utifrån sin funktionsförmåga och inte som en person med en egen livsberättelse. I datamaterialet fanns exempel på att patienterna framför allt var aktiva när det gällde att förklara sin sjukdomshistoria eller tog initiativ till att beskriva utifrån den regim som läkaren givit. Det förekom också att patienter ställde vissa krav på att närstående skulle ställa upp med olika hjälpinsatser, som till exempel att köpa in städutrustning och städa. I materialet fanns även exempel på att vårdpersonalen och närstående antog ett förhållningssätt som underlättade patientens möjligheter till att vara aktiv, men understödde bilden av patienten som objekt.

Vid VOP-mötena hade patienterna ibland svårigheter att motivera sina ställningstaganden och uttryckte en svårighet att överblicka situationen efter hemkomsten. I följande citat kunde inte patienten riktigt förklara varför hon ansåg sig behöva hjälp i form av matdistribution efter hemkomsten. Trots det bifölls patientens önskan av biståndshandläggaren.

Biståndshandläggaren:- "Har du funderat över om det är något du behöver?"

Patienten:- "Lite mat i början".

Biståndshandläggaren:- "Mm. Du menar alltså matdistribution".

Patienten:- "Mm".

Biståndshandläggaren:- "Är det jobbigt för dig tror du och stå och laga mat eller vilken del är det som är svår?"

Patienten:- "Jag tänkte det finns ju nu dom som kommer och kör ut mat".

Biståndshandläggaren:- "Ja men varför- tänker du att det är svårt för dig att orka stå och laga mat då eller?" Patienten:- "Jaa det måste det ju va det vet jag ju att det säger sig ju självt." (Fanny)

Biståndshandläggaren var i det här fallet inte riktigt säker på patientens aktivitetsförmåga, om hon klarade av att laga mat eller inte, när patienten uttryckte att hon kände till att det fanns möjligheter att få matportioner hemkörda. Biståndshandläggaren bejakade patientens begäran i detta sammanhang. Patienten bidrog på så sätt själv aktivt till att framstå som ett objekt.

4. "Han kanske behöver hjälp med dusch" – att vara/bli ett passivt objekt

Inom ramen för kategorin "passivt objekt" framträdde en begränsad bild av patienten som beroende och funktionshindrad. Brist på tilltro inför framtiden och lågt engagemang hos patienterna kännetecknade de situationer som ingick i denna kategori. Patienter som framstod som "passiva objekt" beskrev ofta en känsla av att det skulle bli jobbigare att vara hemma utan den trygghet och omvårdnad som de fått på sjukhuset.

Att patienter framstod som passiva objekt vid VOP-möten, kunde ofta relateras till deras sjukdomsbild, men också till deras relationer till närstående eller personal. I vissa fall framgick det under mötet att patienten tyckte att situationen på något sätt var svår. Man gav passivt uttryck för att det skedde förändringar som man inte riktigt kunde påverka. Se nedanstående citat där patienten gav uttryck för osäkerhet:

Biståndshandläggaren:- "Men jag kommer att skicka beslut för all post går till dig som vanligt eller?"

Närstående:- "Vi ska ändra din..."

Patienten:- "Ja hur är det, måste jag skriva mig här nere? Ska det ändras också? (uppgiven ton)" (Greta)

I situationer där mötet berörde ämnen som kom väldigt nära den personliga integriteten, som till exempel att få hjälp vid dusch, så kunde skämta utgöra en strategi för att försöka få en känsla av att vara ett subjekt med bibehållen integritet. För att hantera situationen, som följer nedan, skämtade patienten för att på så sätt hålla viss distans till problematiken runt duschningen:

Biståndshandläggaren:- "Jag tror i alla fall till en början, nu har du ändå varit ganska ordentligt dålig här så tror jag att det kan va bra i alla fall i början att det finns någon till hands."

Patienten:- "Ja det var en tjej som duschade mig här borta i förrgår".

Biståndshandläggaren:- "Så jag tror att det är bra om det finns någon i närheten, i alla fall till en början".

Patienten:- "Skura mig på ryggen är bra!" (Jon)

Skämtet blir till en strategi för att inte behöva fatta egna beslut. Med sitt svar objektiverar patienten sig själv i förhållande till personalen vilket kan utgöra ett sätt att hantera situationer som gör anspråk på integritet, att på något sätt hålla det obehagliga ifrån sig och inte delta i bedömningen och beslutsprocessen. I

det här sammanhanget överlåter patienten bedömningen av hur omfattande hans behov är till personalen när han skämtar i stället för att diskutera hjälpinsatsernas omfattning. På det sättet intar han rollen av att vara ett passivt objekt.

När närstående var med och förde patientens talan, eller dominerade mötet, förekom det att patienten blev mindre delaktig. Det kunde handla om att den närstående var den som förberett sig inför mötet, ställde frågor och bad om olika former av insatser som till exempel olika typer av hjälpmedel, stöd vid personlig vård, provtagningar eller sömntabletter som man sett ett behov av:

Personal:- "Han kanske behöver hjälp med dusch".

Närstående:- "Han behöver egentligen det ja".

Personal:- "Hur ofta brukar du duscha i veckan?"

Patienten:- "Ja det blir väl en och två gånger" (Martin)

Det kunde också handla om att den närstående hade en annan uppfattning om patientens hjälpbehov och vände sig till personalen vid VOP-mötet för att beskriva hur situationen varit i hemmet tidigare vilket inte alltid överensstämde med patientens uppfattningar. Den närstående kunde då påverka besluten vid VOP-mötet genom att inta ett för patienten passiviserande förhållningssätt. Det förekom även att den närstående delgav information som patienten utelämnat, ofta känsliga ämnen med anspråk på personlig integritet som till exempel handlade om inkontinensproblematik.

Även personalen bidrog stundtals till att patienten tilldelades en passiv roll, genom sättet att fråga: "Hur mycket hjälp behöver du vid påklädning och så?" Då förutsattes mer eller mindre medvetet att patienten hade ett hjälpbehov. I vissa fall diskuterade personalen med de närstående utan att involvera patienten i samtalet, som ibland omnämndes i tredje person.

Närstående:- "Ja men om vi går ut?"

Personal:- "När ni ska gå ut, ni kan använda den både inne och ute. Men går han mycket ute?" (Martin)

Biståndshandläggaren erbjöd ofta patienten mer hjälp (än nödvändigt) i början efter utskrivningen. Det framkom hos biståndshandläggaren en osäkerhet på patientens förmåga, den egna utredningen/handläggningen eller bristande underlag inför handläggning till exempel brist på bedömningar/utredningar utförda av andra professionella.

Biståndshandläggaren:- "Då går du ner och äter. Frukost då?"

Patienten:- "Ja det kan jag nästan klara själv, jag äter många gånger lite fil och flingor till frukost".

Biståndshandläggaren:- "Ja, men kanske till att börja med att någon kommer och"

Patienten:- "Ja det kan möjligtvis...."

Biståndshandläggaren:- "Du kan ta bort det senare vet du det är bara att du känner att du har det lite gott nu i början". (Greta)

Exemplet kan ses som ett uttryck för ett hos personalen passiviserande förhållningssätt gentemot patienten. Dels osäkerheten runt den egna utredningen och dels brister i tron på patientens egen förmåga. Ibland förekom det exempel på att patienten inte blev lyssnad till av personalen eller fick möjlighet att uttrycka vem man är eller har varit. Det förekom att biståndshandläggaren hade bråttom och inte lät

patienten tala till punkt, patienten avbröts i stället flera gånger av biståndshandläggaren.

Biståndshandläggaren:- "Då ska vi se, hur har du det här Iris?"

Patienten:- "Med här på korttiden, jag tycker jag har det väldigt bra egentligen, jag tycker det är en bra idé att komma till så här pass mycket omvårdnad, det finns sjuksköterska och duktiga människor och arbetsterapeuter, mycket god mat är det, ja".

Biståndshandläggaren:- "Hur är det, är du vegetarian?"

Patienten:- "Ja det kan jag kanske ha lite synpunkter....." (blir avbruten). (Iris)

Det förekom vid VOP-möten att biståndshandläggaren hade en förutbestämd uppfattning om att patienten skulle hem med hemtjänstinsatser och gav intryck av att hon ville få mötet snabbt överstökad, bara bestämma vad som skulle beviljas och i vilken omfattning. Detta exempel hörde dock till undantagen. En biståndshandläggare uttryckte en medvetenhet om att patienter är väldigt utlämnade då de inte har med anhöriga, då mötet handlar om myndighetsutövning; "vi är väldigt många" och patienter kan vara väldigt nervösa och oroliga inför ett sådant möte.

I de fall då patienten omnämndes i tredje person, var det ofta närstående som förde patientens talan: "Det är bättre med andningen med när han sitter i en stol" eller "jaa och han vill gärna börja gå igen". Man talade över patientens huvud och lyfte fram information som patienten själv inte tänkt på eller saker som de själva ansåg var av betydelse att lyfta fram. Det förekom att den anhörige svarade i patientens ställe och i vissa fall fick patienter inte riktigt ta del av relevant information.

Det förekom att den närstående tog upp information som kunde vara integritetskränkande för patienten, som vid inkontinensproblematik och använde ordet "cellstoff" i stället för blöja.

Närstående:- "Sen är det att han får cellstoff också".

Patienten:- "Ja men det får jag på....."

Närstående:- "Det får du på läkar- men det kan du inte hämta där".

Sjuksköterska:- "Men det beställer dom".

Närstående:- "Dom kommer hem med det då?"

Sjuksköterska:- "Det kommer med posten".

Närstående:- "Med posten". (Jon)

Vid VOP-mötena uppkom emellanåt irritation hos patienten som en reaktion på bistandsprocessen, när beslutet inte resulterade i den boendeform som man tänkt sig. Till exempel förekom det att patientens hälsotillstånd under vistelsen på korttidsplats hade förbättrats och det inte längre var aktuellt med en plats på särskilt boende. I stället planerades för en plats på trygghetsboende alternativt hemgång. Efter sjukhusvistelsen var man oftast men inte alltid överens om formerna för fortsatt vård eller omsorg, patienten kanske hade önskemål om korttidsplats och personalen vid VOP-mötet hade tänkt planera för utskrivning till eget boende. I de i studien ingående VOP-mötena utföll diskussionerna till patientens fördel.

Patienternas upplevelser under mötet

I flera intervjuer beskrev patienterna att de *kände sig bekväma i situationen*. Någon upplevde det inte som ett problem att många personer deltog i mötet eftersom han haft ett socialt yrke. En annan informant kände att hon kunde vara sig själv men att hon kanske var lite dämpad. Vissa ansåg att det var lätt att prata med personalen. Mötet beskrevs som lättsamt, att det fanns den hjälp som önskades och att den också erbjöds. Informanterna beskrev också att det var enkelt och lätt att förstå vad man talade om under mötet.

Någon informant upplevde det som tryggt och bra att VOP-mötet hölls hemma och att det var en fördel att det var få personer närvarande. I datamaterialet framkom att informanterna upplevde att de fick viktig information om exempelvis mat/duschköjligheter och kostnader för vården och att de fick vara med och bestämma. En informant, som upplevt att hans funktionsförmåga var underskattad både av personalen vid mötet och av makan, beskrev att han fick en möjlighet att ge en mer rättvisande bild av sig själv.

I någon intervju framförde informanten att, trots att hon var bekant med flera av personalen sen tidigare, så *kände hon sig obekvämt* medan en annan lyfte fram att hon inte ville ta upp kritik under mötet. En annan informant berättade att hon upplevde att hon inte hade mycket att säga under mötet eftersom hon inte visste tillräckligt om framtiden. En patient var osäker på vad hon skulle orka och på hur det skulle fungera i en annan miljö (hemmet).

Deltagarnas upplevelser efter mötet

Informanterna upplevde resultatet av VOP-mötet är här huvudsakligen fokuserat på patienternas upplevelser. De utsagor som vårdpersonalen gav var relativt likartade och berörde framför allt beslutet och kännetecknades i stort sett av samstämmighet och nöjdhet med genomförandet. Det fanns också väldigt få utsagor från närstående i datamaterialet. Det som framkom var att vård- och omsorgspersonalen upplevdes som saklig, att de lyssnade på patienten och visade förståelse för patientens behov. Att ha VOP-mötet hemma hos patientens beskrevs som positivt eftersom att det gick att bedöma på plats hur praktiska problem skulle kunna lösas, vilket är svårt att föreställa sig på sjukhus.

Bland patienterna varierade upplevelserna från tillfredsställelse över att beslutet var fattat, till en besvikelse över innehållet i den kommande vården och omsorgen. Vissa patienter hade en mer neutral inställning till VOP-mötet och ansåg helt enkelt att det motsvarade förväntningarna. Flera informanter beskrev att de upplevde det som värdefullt att få *bekräftelse* på sina framtidsplaner. Det var viktigt att få diskutera frågor om boendet och kostnader och utifrån det kunna planera sin framtid. Det framkom att man upplevde det som värdefullt att få kontakt med rätt personer och att kunna lösa problem direkt och att få klara besked på sina frågor. Andra informanter beskrev en tillfredsställelse i att hennes *önskemål infriades*. I något fall gällde det att få ett trygghetslarm, i ett annat fall att få komma till korttid som hon kände till sedan tidigare.

Det beskrevs också en tillfredsställelse över att själv få *frihet att bestämma* vad man som patient själv kan göra efter utskrivningen. Samtidigt beskrevs en tacksamhet över att personalen visade förståelse för att det är svårt att avgöra vad man behöver och är öppen och flexibel inför eventuella ändringar. Svårigheten att veta vad man vill och önskar sig framkom till exempel i ett VOP-möte, där patienten talade om hur skönt det kändes att beslutet om hemgång var fattat efter att ha ändrat sig från att vilja gå till korttidsboende till att vilja komma direkt hem istället. Beslutet grundade sig på en insikt om att hon inte skulle orka vara så social och att det istället kändes skönt att kunna vara sig själv hemma. Samma informant, som bekymrat sig för att vännerna skulle känna ansvar för henne om hon kom hem, hade under mötet blivit förvissad om att hon skulle få den hjälp hon behöver via kommunen.

Trots allt bar vissa informanter fortfarande med sig en hel del bekymmer efter VOP-mötet. *Livsavgörande beslut* hade aktualiserats under vårdtiden och mötet. En informant oroade sig för att bli ensam hemma och att bli tvungen att sälja gården. Eftersom det var krävande att sköta gården och det var i strid med patientens personliga värderingar att tillåta förfall upplevde han ett personligt ansvar att upprätthålla husets standard som han insåg skulle vara svårt att klara av.

En annan informant beskrev att hon, trots att hon var nöjd med det beslut som fattats, kände sig osäker, trött, orolig, ensam och ledsen. Någon beskrev att det fortfarande fanns olösta problem (toaletten) som närstående skulle ta ansvar för. Samma informant beskrev att hon upplevde en trygghet i att det fanns familjemedlemmar som var kunniga inom vård och omsorg. Ett par informanter gav uttryck för *besvikelse och*

anpassning. De hade önskat mer städning, anpassade sig till beslutet men funderade på möjligheter att hitta en egen lösning när de insåg att de inte kunde påverka beslutet då det var förutbestämt. Kritik framfördes om ofullständig kostinformation inför leverans av matportioner från hemtjänst.

I datamaterialet fanns uttryck för *tvivel* och viss kvarstående misstro, både mot vårdpersonalen och mot närstående. En kvinna ansåg exempelvis att mötet utvecklade sig som hon trott och det beslutades att patienten skulle komma hem efter utskrivningen. Detta skedde efter viss påtryckning från närstående. Trots att hon skulle få mer hjälp än hon förväntat sig uttryckte patienten stor *osäkerhet* och trodde egentligen inte att hon skulle klara sig hemma.

Flera patienter beskrev upplevelse av osäkerhet som tog sig uttryck i att de försökte gissa och föreställa sig scenarier. Det framkom flera olika orsaker till patienternas osäkerhet. De var dels osäkra på och oroliga för att någon skulle ändra på det fattade beslutet i framtiden. Det fanns också en oro och osäkerhet inför hur hälsan skulle komma att förändra sig/försämrans i framtiden. I vissa intervjuer beskrevs önskemål som upplevdes som viktiga av patienterna. I något fall rörde det sig om att personalen skulle möta upp hemma och att få trygghetslarmet installerat direkt. Någon ansåg att det borde finnas starkare personal i hemtjänsten som underlättade för brukaren att få sina behov tillgodosedda på ett enklare sätt. Exempelvis så ifrågasattes det varför fixartjänst inte ligger under hemtjänsten.

DISKUSSION

Metoden har inneburit såväl fördelar som problem när det gäller trovärdighet, giltighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Avsikten var från början att spela in fler VOP-möten men det har inte varit möjligt. Datainsamlingen var komplicerad och tidskrävande, bland annat genom att informationsprocessen involverade många personer, patienter och närstående måste även kunna ge informerat samtycke. Detta kunde vara svårt att åstadkomma med så kort varsel som ofta är fallet i samband med VOP-möten. Vidare komplicerades datainsamlingen av förändringar i organisationerna. Även intervjuerna med närstående blev färre än vad som var vår avsikt. Det berodde dels på att det inte var närstående närvarande vid samtliga VOP-möten men också på svårigheter att tidsmässigt genomföra fler intervjuer i anslutning till VOP-mötena. Det visade sig också vara problematiskt att finna personer som uppfyllde inklusionskriterierna. Vi har ändå fått tillgång till ett värdefullt datamaterial som har gjort det möjligt att uppfylla syftet med studien.

Dock har vi behandlat datamaterialet systematiskt och trots att variationen av data varit begränsad i den här studien har det varit möjligt att identifiera en struktur som visar hur patienters delaktighet möjliggörs eller begränsas vid VOP-möten. Analysprocessen har inneburit kritisk granskning och analyser i flera steg, av båda författarna. Dessutom har resultatet genomgått kollegial granskning. Genom denna procedur kan resultatet sägas vara giltigt och trovärdigt för de vårdplaneringsmöten som vi har studerat (Hsieh & Shannon, 2005; Sarangi & Roberts, 1999; Wetherell, 2001).

Vi vill hävda att den struktur som identifierats när det gäller patienternas delaktighet är överförbar till andra vårdplaneringssammanhang. Däremot är resultatet i den här studien inte överförbart när det gäller informanternas positioneringar inom ramen för strukturen. Materialet ska i det avseendet i första hand ses som ett exempel. Inspelningarna av VOP-möten och intervjuer har ägt rum i ett område där det finns en god tillgång på korttidsplatser. Patienten behöver inte ha ett biståndsbeslut utan kan skrivas in på korttidsplats utifrån sitt rehabiliteringsbehov. Denna rapport kan sägas beskriva i huvudsak "goda exempel" på vård- och omsorgsplaneringsmöten, det vill säga när det fungerar väl. Vid de inspelade VOP-mötena medverkar patienterna aktivt för det mesta. Patientens delaktighet underlättades när vårdplaneringarna i datamaterialet utfördes av de för uppgiften specialiserade vård- och omsorgsplaneringsteam eller när VOP-mötet ingick som en del i en process med telefonmöte före det huvudsakliga mötet. De VOP-möten som ägde rum på sjukhus skedde med speciella vård- och omsorgsplaneringsteam i huvudsak.

Socialstyrelsen (2009) betonar att en lyckad rehabiliteringsprocess kräver en medvetenhet om att varje brukare har individuella förutsättningar och att insatser ges samtidigt och integrerat. Detta kräver gränsöverskridande samverkan. Alla livsområden för brukaren och med hänsyn till livskvalitet, som är relevant i brukarens liv, ska vara fokus i rehabiliteringsprocessen. Det är inte huvudmännen eller verksamheterna som ska utgöra fokus utan brukaren ska vara subjekt i sin egen rehabilitering enligt Socialstyrelsen (2009). I resultatet framkommer det att flera av patienterna i intervjuerna uttalar att det är svårt att veta hur det blir när man kommer hem. Ibland uppkommer även oklarheter kring vilket datum som är aktuellt för utskrivning av brukaren. Det förekommer sällan att personalen diskuterar utskrivningsdatum tillsammans med betalningsansvar vid VOP-möten. Vanligen diskuteras utskrivningsdatum utan att omfatta kommunens betalningsansvar inför patient och närstående.

Patienterna i studien beskrev att de kände oro inför den förändring som innebar mindre självständighet och beroende av hjälp från omgivningen. De som hade haft möjligheter till förberedelser inför VOP-mötet och hade med sig en positiv bild av vad mötet skulle innebära var mer nöjda med mötet än de som bar med sig negativa erfarenheter. Detta underströks även av personalen. Vid VOP-mötena gavs eller intogs patienten olika roller. Dessa roller kunde variera under mötet. När patienterna var aktiva och hade förberett sig, hade planer inför sin utskrivning samt framträdde som personer, inte bara som patienter, kategoriserades de som aktiva subjekt. Personalen bidrog även med sitt förhållningssätt till att stödja patienten till att vara ett aktivt subjekt och därmed mest delaktig. Efter mötet så beskrev patienterna blandade upplevelser vilka varierade mellan tillfredsställelse över att beslutet var fattat, till en besvikelse över vad den kommande vården och omsorgen skulle komma att innehålla. Flera patienter beskrev att de tyckte det var av värde att få sina framtidsplaner bekräftade. Det fanns också en medvetenhet om att livsavgörande beslut hade aktualiserats men också en nöjdhet över friheten att få bestämma själv efter utskrivning från vården och omsorgen.

De patienter som i studien vistades på korttidsplats var mer förberedda inför sin utskrivning till eget boende eller flytt till annan boendeform. Förberedelserna bestod i att de tränat på att klara sin personliga vård (ta på/av kläder, sköta sin hygien, duscha) och att inta läkemedel (mer eller mindre självständigt). Emellanåt förekom lite oklara målsättningar med korttidsboendet och på vilket sätt patienten följdes upp avseende behov av rehabilitering, vård och omsorg. När man inte aktivt frågade patienten om målsättningar med exempelvis korttidsvistelse förekom ingen diskussion om detta. Exempelvis förekom att patienter, som gick till korttidsplats för rehabilitering, fick hjälp med mediciner och injektioner trots att de i sitt eget hem klarade detta självständigt.

De närståendes roll var ibland något diffus enligt datamaterialet. De blev inte alltid hörda när de ansåg att patienten hade ett större hjälpbehov än vad personalen eller patienten själv ansåg. Patienterna förväntades i första hand redogöra för vad de inte trodde sig klara, inte vad de faktiskt klarade av vilket möjligen i sig kunde iscensätta ett större hjälpbehov. Behov kan lätt blandas ihop med önskemål och efterfrågan. Av den anledningen kunde patientens redogörelse för vad hon inte klarade lätt tolkas som ett önskemål, inte ett reellt behov, vilket vägdes in i bedömningen inför biståndsbeslut.

I enlighet med vad litteraturen beskriver så fanns det en komplexitet som omgav VOP-mötena; å ena sidan utövades makt, å andra sidan ställdes det krav på patientens rätt till delaktighet (Sarangi & Roberts, 1999). Det är ett stort ansvar som de professionella är bärare av vid VOP-möten då dessa båda förhållanden ska införlivas. Ett par patienter gav efter VOP-mötet uttryck för att de kände sig besvikna och tvingade att anpassa sig till situationen. De insåg att de inte kunde påverka beslutet då det var förutbestämt. De var inte delaktiga vid maktutövningssituationen. För att vara delaktig vid VOP-mötet och framträda som ett aktivt subjekt krävs ett medvetet positionerande från patienten själv, där patienten ger uttryck för sin identitet; vill visa vem han eller hon är. Motsatsen innebär en situation där patienten blir positionerad och inte ges utrymme att påverka sin situation. Delaktigheten är obefintlig och patienten befinner sig därtill i ovisshet, hur lätt är det att veta hur det blir sedan? I studien framgick att patienterna kände sig osäkra inför hur det skulle komma

att fungera efter hemkomsten. Det är inte alldeles lätt att veta efter en tids bortavaro med sjukdomstillstånd som kanske innebär omvälvande förändringar i livsföringen. Petersson (2009) menar att förutsättningar för att patienter ska kunna vara delaktiga är att de är välinformerade och förstår vad samordnad vård- och omsorgsplanering handlar om. De förberedda patienterna kan också lättare uttrycka önskemål och behov enligt Pettersson (2009). Det framkom i föreliggande studie då patienterna uttryckte att VOP-mötet för dem hade betydelse för att de fått sina framtidsplaner bekräftade vilket antyder att de var förberedda inför mötena.

I ICF (2003) definieras delaktighet som engagemang i en livssituation. I denna studie, av hur delaktighet kommer till uttryck vid VOP-möten och hur deltagarna upplever detta, har det framkommit att patienter ofta är aktiva vid VOP-möten och bemöts som ett subjekt. Att ha möjlighet till förberedelse inför mötet underlättade engagemang liksom att ha varit med om liknande möten tidigare. De mest aktiva patienterna tog många initiativ i samtalen vid VOP-möten, gav egna förslag och uttalade sina önskemål. De var också måna om att framträda i form av ett subjekt med en egen livsberättelse att synliggöra och kunde också visa irritation över förslag eller de beslut som fattades.

Ashworth (1992) menar att det är en förutsättning för delaktighet att patienten är väl insatt i aktuell information, är förberedd och upplever trygghet och tillit tillsammans med andra. I vår första delrapport (Lidén, 2009) framkom att det är betydelsefullt att personalen lyssnar och att patienter ges möjlighet att samverka med vårdpersonalen. Men det förutsätter också att patienten har kunskap, är väl insatt i aktuell information, upplever sig väl förberedd och har förmågan att påverka beslutsfattandet. Vidare behöver patienten också känna sig avslappnad inför mötet, inte uppleva sig hotad utan tillitsfull. Ytterligare förutsättningar för delaktighet är att mötena är väl strukturerade. Detta bekräftas av intervjuerna med patienterna vilka gav uttryck för såväl känslor av oro liksom att känna sig förberedda inför VOP-mötet. Flera informanter beskrev också att de kände sig bekväma i situationen, att de fått frihet att bestämma vid mötet och önskemål infriade. Dock gavs även uttryck för bekymmer i samband med att livsavgörande beslut hade fattats under vårdtiden och vid VOP-mötet.

Resultatet visade att personalen främjade ett aktivt engagemang hos patienten på olika sätt. Det framgick som ett exempel när de ställde öppna frågor som manade till aktivitet och eftertanke. De visade öppenhet och var positiva gentemot de förslag som patienten själv angav och hade ett allmänt understödjande förhållningssätt. De förutsatte också att patienten kunde ta ett visst ansvar vid mötet och stöttade patienten exempelvis genom att sätta upp gemensamma målsättningar.

Det förekom också att personalen vid de analyserade VOP-mötena begränsade patientens roll som ett om möjligt aktivt subjekt, genom att inleda VOP-mötet med att ställa frågor som förutsatte att patienten hade ett hjälpbehov och inte utgå ifrån vad patienten faktiskt klarar av eller tror sig om att kunna klara efter hemgång. Vård- och omsorgspersonalen begränsade även patientens roll vid mötet när de vände sig till de närstående och talade om patienten som ett objekt. Det förekom enligt personalen medvetna strategier för att föra samtalet enligt en i förväg uppgjord plan dem emellan men den kunde även omfatta de närstående. Vårdpersonalen beskrev i intervjuerna att de såg på sin roll som viktig och att de kände ett stort ansvar för myndighetsutövningen och en medvetenhet om att det är svårt för patienter att förhålla sig till myndighetspersoner. Vidare menade man att det är positivt när patienter är väl förberedda, visar att de har en egen vilja samt tar initiativ.

Sammanfattningsvis kan sägas att delaktighet underlättades av att patienten var förberedd inför VOP-mötet och fick stöd av personalen i att framträda som en individ, inte bara som patient. VOP-mötena genomfördes av team med olika sammansättning. Forskning visar att samverkan mellan professioner i form av multiprofessionella team ger möjligheter att fatta bättre beslut, beslut som har diskuterats noggrant och ur olika infallsvinklar. När personalen samverkar inför, under och efter VOP-möten kan patientens delaktighet understödjas. Men detta förutsätter ett medvetet positionerande hos personalen utifrån yrkesansvar, där ansvarsområdena överlappar och kompletterar varandra (Lundgren, 2009).

BILAGA 1

Tabell 1 Översikt över inspelad data från VOP-möten

VOP-möte	Deltagare	Vpl-team	Förmöte	Plats	Tid/antal ord totalt /Pat:s andel (antal ord och i %)
1 <i>Arvid</i>	5 personer: Arvid BB SSK kommun AT kommun DI	Team- inriktning	Ja	Korttidsboende	Inspelning saknas
2 <i>Beda</i>	6 personer: Beda BB SSK kommun AT kommun 2 DI	Team	Ja	Sjukhus	33 min 4500/1795 (35 %)
3 <i>Cecilia</i>	6 personer: Cecilia NS (kvinna) BB SSK kommun AT kommun Student socialt arbete	Team	Ja	Sjukhus	Inspelning saknas
4 <i>David</i>	5 personer: David NS (kvinna) BB (man) Student socialt arbete AT SSK kommun	Team	Ja	Sjukhus	43 min 6341/2313 (36%)
5 <i>Ebba</i>	5 personer: Ebba NS (kvinna) BB SSK kommun SG kommun Student, sjukgymnast	Team	Ja	Sjukhus	19 min 2703/ 603 (22%)
6 <i>Fanny</i>	2 personer: Fanny BB	Nej	Ja	Sjukhus	24 min 2936/700 (24%)

BB: Biståndsbedömare, SSK: Sjuksköterska, AT: Arbetsterapeut, HT: Hemtjänstpersonal,
NS: Närstående, DI: Datainsamlaren, SG: Sjukgymnast

BILAGA 1

Tabell 1 Översikt över inspelad data från VOP-möten

VOP-möte	Deltagare	Vpl-team	Förmöte	Plats	Tid/Antal ord totalt /Pat:s andel (antal ord och i %)
7 <i>Greta</i>	3 personer Greta NS (kvinna) BB	Team- inriktning	Ja	Korttidsboende	26 min 4218/1697 (40 %)
8 <i>Hilda</i>	6 personer: Hilda BB SG kommun AT kommun HT DI	Nej	Ja	Korttidsboende	Ingen inspelning, handskrivet möte
9 <i>Iris</i>	3 personer: Iris BB HT	Nej	Ja	Korttidsboende	57 min 7868/ 2649 (34%)
10 <i>Jon</i>	7 personer: Jon NS (kvinna) BB SSK kommun AT kommun Halva mötet (första delen) SSK sjukhus SSK student	Team- inriktning	Nej	Sjukhus	38 min 6096/ 874 (14%)
11 <i>Kristina</i>	5 personer: Kristina NS (kvinna) BB 2 HT	Team- inriktning	Nej	Hemma	26 min 3601/1758 (49%)
12 <i>Lisa</i>	5 personer: Lisa NS (man) BB AT kommun SG kommun	Nej	Ja	Korttidsboende	Inspelning saknas
13 <i>Martin</i>	7 personer: Martin 3 NS (2 kvinnor 1 man) BB SG kommun AT kommun	Team- inriktning	Ja	Korttidsboende	31 min 4453/505 (11%)
Total tid					5 timmar 35 minuter

BB: Biståndsbedömare, SSK: Sjuksköterska, AT: Arbetsterapeut, HT: Hemtjänstpersonal,
NS: Närstående, DI: Datainsamlaren, SG: Sjukgymnast

BILAGA 2

Tabell 2 Intervjuernas längd (minuter)

VOP-möte	Patient	Kommunal personal	Sjukhuspersonal
1 <i>Arvid</i>	7:33	4:36 (BB) 4:21 (AT, SSK)	
2 <i>Beda</i>	9:16	2:43 (Team)	
3 <i>Cecilia</i>	8:31	5:38 (Team)	
4 <i>David</i>	7:14	4:20 (Team)	
5 <i>Ebba</i>	6:00	2:47 (Team)	
6 <i>Fanny</i>	12:00		
7 <i>Greta</i>	4:30		
8 <i>Hilda</i>	5:30		
9 <i>Iris</i>	9:00		
10 <i>Jon</i>	2:51 (Jon + NS)	8:28 (BB, SSK, AT)	4:36 (SSK)
11 <i>Kristina</i>	9:34 (Kristina + NS)	1:30 (BB)	
12 <i>Lisa</i>	5:29		
13 <i>Martin</i>	3:47	3:30 (BB)	
Summa	92 minuter	38 minuter	4,36 minuter

REFERENSER

- Agar, M. (1985). Institutional discourse. *Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 5, 147–168. doi: 10.1515/text.1.1985.5.3.147, //1985
- Ashworth, P. (1992). Patient participation: its meaning and significance in the context of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1430-1439.
- Almborg, A. H. (2008). Perceived participation in discharge planning and health related quality of life after stroke. Dissertation at the School of Health Sciences, Institute of Gerontology, Jönköping University.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 561-571.
- Cahill, J. (1998). Patient participation: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 119-128.
- Efraimsson, E. (2005). Vårdplaneringsmötet: en studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare. Avhandling vid Institutionen för Vårdvetenskap, Umeå universitet.
- Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2010). A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to healthcare definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21, 21-32. doi: 10.1111/j.1744-618X.2009.01141.x
- Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*, 11, 263-271. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Harré, R. & van Langehove, L. (1999). Positioning Theory. London: Blackwell Publishers.
- Hedberg, B. (2005). Decision making and communication in nursing practice: aspects of nursing competence. Avhandling vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet.
- Hedberg, B., Johanson, M., Cederborg, A.C. (2008). Communicating stroke survivors' health and further needs for support in care-planning meetings. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1481-1491. doi: 11.1111/j.1365-2702.2007.02053.x
- Hsieh, H.F. & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15, (1277-1288). doi: 10.1177/1049732305276687.
- ICF. (2003). Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: SAGE.
- Kvarnström, S. & Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 244-252.
- Lidén, E. (2009). Vård- och omsorgsplaneringsmötet- erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Arbetsrapport, FoU Sjuhärad Välfärd.
- Linell, P. (1990). *Transskription av tal och samtal: teori och praktik*. Linköping: Arbetsrapport från Tema Kommunikation.
- Lundgren, C. (2009). *Samarbete genom samtal: en samtalsanalytisk studie av multiprofessionella teamkonferenser inom smärtrehabilitering*. Avhandling vid Filosofiska fakulteten, Institutionen för språk och kultur, Linköpings universitet.
- National Institutes of Health, National Library of Medicine. (Last updated October 2007). Medical Subject Headings. Retrieved December 15, 2007, available from <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
- Nordgren, S. & Fridlund, B. (2001) Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 117-125.
- Petersson, P. (2009). *Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta*. Avhandling vid Hälsoakademin, Örebro Universitet.
- Popejoy, L. L., Moylan, K. & Galambos, C. (2009). A Review of Discharge Planning Research of Older Adults 1990-2008. *Western Journal of Nursing Research*, 31, 923-947. doi: 10.1177/0193945909334855. <http://wjn.sagepub.com>
- Rifkin, S.B. & Pridmor, P. (2001). *Partners in planning*. London: Macmillan.
- Roberts, C. & Sarangi, S. (2005). Theme-oriented discourse analysis of medical encounters. *Medical Education*, 39, 632-640. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02171.x
- Sarangi, S. & Roberts, C. (1999). *Talk, Work and Institutional Order*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Saunders, P. (1995). Encouraging patients to take part in their own care. *Nursing Times*, 91, 42-43.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2006.*, från www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, (2005:27).

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. Stockholm: Socialstyrelsen, från www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsens termbank (<http://app.socialstyrelsen.se/termbank>).

Svenska Akademiens ordbok på nätet; SAOB, D637 <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Wetherell, M., Taylor, S. & Yates, S. (2001). *Discourse theory and practice: a reader*. London: SAGE.

TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD/ FOU SJUHÄRAD VÄLFÄRD

Rapporter i serien Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad/FoU Sjuhärad Välfärd: 2002 - 2010

- Elm Marie (2010) *LÄR UT - Bättre läkemedelshantering för äldre.*
- Lönn Svensson Anngerd och Kokkonen Marika (2009) *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner.*
- Rönmark Lars (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin.*
- Lebedinski Lolo (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser - en utvärdering.*
- Lebedinski Lolo (2008). *Miltonprojektet: SamKom - en utvärdering*
- Esbjörnson Sara, Björkman Ingrid, Henriksson Anna, Lidskog Ritva, Sjören Marie, Wessbo Gunnel, Karlsson Per-Åke (2008). *Så tycker brukarna om äldreomsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo. 2008 jämfört med 2004.*
- Källman Ulrika (2008) *Virtuellt Sårcentrum - ett koncept för kunskapsspridning. Slutrapport Virtuellt Sårcentrum.*
- Nordström, M & Redberg, P (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad.*
- Hanson, E, Magnusson, L, Winqvist, I & Sennemark, E (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad.*
- Lönn Svensson, A & Kokkonen, M (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006.*
- Höglund, E (2006). FoU-projektet Social dokumentation. *Redogörelse för arbetet 2004-2005.*
- Karlsson, P-Å, Nordström, M, Niemi, M, Redberg, P (2005). *Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen.*
- Ehrnlund, L, Essedahl, L, Süvari, K, Karlsson, P-Å (2005). *Nå, blir det bättre om vi samverkar? Slutrapport från utvärderingen av Samrehab i Mark-Svenljunga. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Karlsson, P-Å, Höglund, E et al (2005). *Brukare om sin äldreomsorg – i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Sennemark, E, Hanson, E & Magnusson, L (2005). *Jag har ju barnen som kommer"... Äldres hälsa och levnadsvillkor; en intervjuundersökning med vård- och omsorgsberoende i Sjuhäradsbygden. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Brovall, C, Hanson, E, Magnusson, L, et al. (2004). *Mål och policy vid palliativ vård och vård i livets slutskede för äldre och deras närstående i Tranemo – Ett gemensamt synsätt. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Johnsson, L (2003). *Handledning av biståndsbedömare. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Nilsson, M & Magnusson, L (2002). Publ. 2003. *Hälsa och livssituation i relation till fallolyckor bland äldre personer i Sjuhärad. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Andersson, B-A, Hanson, E, Magnusson, L, Lidskog, R, Holm, K (2002). *Informationscentrum för äldre och närstående i Sjuhärad. Slutrapport till Socialdepartementet 2002-09-25. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Källman, U & Andersson, B-A (2002). *Virtuellt sårvårdscentrum i södra Älvsborg - Kartläggning av förutsätt-*

ningarna för en etablering. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Ingemansson, M, Nilsson, M & Sonn, U (2002). *Rehabilitering för äldre - guide vid val av mät-instrument.* Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

Arbetsrapporter och delrapporter: 2002 - 2010

Esbjörnson Sara (2010) *LOV i Sjuhärad. En förstudie om kundval.*

Lidén Eva (2009) *Vård- och omsorgsplaneringsmötet- erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv.*

Andersson Eva-Lotta (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*

Andersson Eva-Lotta och Alth Camilla (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjuhärad.*

Redberg Pia (2008) *Arbets terapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningsskede.*

Danung Claes, Salomonsson Sven-Bertil - med forskarstöd av Rönmark Lars (2008). *BRASS - BRukare och personliga ASSistenter i samverkan.*

Lönn Svensson A, Kokkonen M (2008). *På väg mot social dokumentation - Mittrapport från utvärdering av projektet Social dokumentation.*

Lindgren L (2008) *Största möjliga lycka till största möjliga antal äldre och funktionshindrade. Utvärdering av ÄldreVäst Sjuhärads publikationer och aktiviteter.*

Karlsson P-Å, Andersson E-L (2007). *Medarbetarnas värdering av ÄldreVäst Sjuhärad utifrån kvalitetsaspekter. Självvärdering del 2 maj 2007.*

Andersson E-L, Karlsson P-Å (2007) *ÄldreVäst Sjuhärad - Sju år av FoU-arbete. Del 1. En beskrivning och några värderande självreflektioner.*

Lönn Svensson, A & Kokkonen, M (2008). *På väg mot social dokumentation - Mittrapport från utvärdering av projektet Social dokumentation.*

Lindgren, L (2007). *Största möjliga lycka till största möjliga antal äldre och funktionshindrade. Utvärdering av ÄldreVäst Sjuhärads publikationer och aktiviteter.*

Karlsson, P-Å & Andersson, E-L (2007). *Medarbetarnas värdering av ÄldreVäst Sjuhärad utifrån kvalitetsaspekter. Självvärdering del 2 maj 2007.*

Andersson, E-L & Karlsson, P-Å (2007). *ÄldreVäst Sjuhärad – Sju år av FoU-arbete. Del 1, En beskrivning och några värderande självreflektioner.*

Höglund, E (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004-2005.*

Sennemark, E, Hanson, E, Magnusson, L (2005). *Gemenskap på äldre dar´. En studie om äldre kinesers livssituation, behov och önskemål inför alderdomen.*

Winqvist, I (2005). *Utvärdering av projekt Efterlevandestöd för anhörigvårdare.*

Nolan, M, Hanson, E, Nolan, J, Magnusson, L, Sennemark, E (2005). *Planeringsinstrument för anhörigstöd.* (Utgivare: Socialstyrelsen) Notera: Den svenska rapporten från COAT-projektet.

Winqvist, I, Hanson, E (2005). *Meningsfull dag i särskilt boende. En litteraturoversikt.*

Hanson, E, Nolan, J, Magnusson, L, Sennemark, E, Johansson, L, Nolan, M, (2005). *The development and pilot testing of COAT – the Comparative Outcome Assessment Technique for family carers of older people.* (ÄVS rapport) Notera: Den engelska rapporten från COATprojektet.

Dunér, A, Nordström M, et al (2005). *Kollegiegranskning av biståndsbedömare inom äldreomsorgen.*

Lancha, M (2005). *En kartläggning av äldre finska invandrares kostvanor och hälsa i Marks kommun.*

- Björnfjäll, A, Johansson, J (2004). *IT för lärande i vården – informations- och kommunikationsarena för kunskap inom nätverk.*
- Björnfjäll, A, Johansson, J (2004). *Prova På Rums-verksamhet i Borås Stad – en beskrivning av språkträning för personer med afasi.*
- Holm, K (2003). Metoder för granskning av webbplatsers tillgänglighet med fokus på navigering.
- Ehrnlund, L, Essedahl L, Süvari, K och Karlsson, P-Å. (2003). *Samrehab Mark Svenljunga - idé, verksamhet och erfarenheter hittills.* Nulägesrapport 26 maj 2003.
- Loberg, M (2003). *Vad gör de som hjälper dom gamla i hemmet?* Delrapport 1 från FoU-projektet med samma namn.
- Brovall, C, Hanson, E, Magnusson, L (2003). *Brukare i samtal - utveckling av palliativ vård för äldre i Tranemo kommun.*
- Holm, K (2002). *Informationscentrums webbplats - utvecklingen av en användbar databasdriven webbplats med användarna i fokus.* Ett delprojekt i Informationscentrum för äldre och deras närstående. Äldre-Väst Sjuhärad.
- Göransson, K, Helgesson-Björk, C, och Andersson, B-A. (2002). Utvärdering av system för registrering av tid inom hemvård.
- Nilsson, M (2001). Publ. januari 2002. *Den kommunbaserade rehabiliteringens effekt på livskvaliteten hos äldre.* En kritisk litteraturgranskning.
- Ljunggren, A, Magnusson, L, Andersson, B-A, Apelqvist, S-O, Bogsjö, I, Hessel, E och Hoflin, B. (2002). *Fokus på frivillighet med och för äldre.* En kartläggning av frivilligmedverkan i omsorg och vård om äldre och deras familjer.

FoU Sjuhärad Valfärd

FoU Sjuhärad är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet och behovsgrupperna: äldre, funktionshindrade, barn och unga, människor med beroendeproblematik, familjer i utsatta situationer samt socieekonomiskt utsatta grupper.

Huvudmålet för verksamheten är att bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna genom att:

- genomföra utvecklings- och forskningsprojekt tillsammans med verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- stärka och utveckla samverkansformer mellan verksamheter, brukare och intresseorganisationer,
- förnya och utveckla arbetsmetoder och verksamhetsformer,
- sprida erfarenheter och resultat från forskning och utveckling,
- medverka till kunskapsbaserat arbetssätt.

Ägarpartners är kommunerna i Sjuhäradsområdet, Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Socialstyrelsen, ett stort antal frivilligorganisationer samt flera studieförbund stödjer även verksamheten.

FoU Sjuhärad Valfärd administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler. Läs mer om FoU Sjuhärad Valfärd på webbplatsen www.fousjuharadvalfard.se. Där finns bland annat beställningsformulär för tidigare utgivna rapporter.



Besöksadress: Högskolan i Borås, Allégatan 1 Postadress: Högskolan i Borås,
FoU Sjuhärad Valfärd, 501 90 Borås. Tel. 033-435 40 00
e-post: fousjuharadvalfard@hb.se webb: www.fousjuharadvalfard.se