



FoU SJUHÄRAD  
VÄLFÄRD

# Tvärprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering

Slutrapport

---

Angela Bångsbo  
Eva Lidén



HÖGSKOLAN I BORÅS  
VETENSKAP FÖR PROFESSION

RAPPORT NR 26, 2012  
ISBN 978-91-85025-22-0

*Redigering*  
PIA MATTZON, PIAMAZ PRODUKTION

*Tryck*  
RESPONSTRYCK, FEBRUARI 2012

# Tvärprofessionell samverkan för patienters/brukares delaktighet i vård- och omsorgsplanering

---

FoU Sjuhärad Vård | *Slutrapport*

*Författare*

Angela Bångsbo

Eva Lidén

© **Författarna**

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

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

---

FoU Sjuhärad Vårld | Rapport nr 26, 2012

SAMMANFATTNING .....	7
INLEDNING .....	9
BAKGRUND .....	11
Styrdokument för kvalitetsssäkring och utveckling av vård- och omsorgsplanering .....	12
Teorier och forskning om delaktighet .....	14
Teorier och forskning om samverkan och teamarbete .....	16
Institutionsöverbyggande samverkan inom vård och omsorg .....	18
Patient- och/eller familjeperspektiv .....	21
Kommunikation och förhandling .....	23
Projektets bakgrund .....	24
PROBLEMFÖRMULERING .....	26
SYFTE .....	27
PROJEKTETS DESIGN .....	27
RESULTAT .....	29
Vård- och omsorgsplaneringsmötet; erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv – delstudie 1 .....	29
Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – delstudie 2 .....	30
Introduktion till den tredje delstudien .....	31
<i>Syfte</i> .....	31
<i>Metod</i> .....	31
<i>Urval</i> .....	32
<i>Analys</i> .....	34
<i>Etiska överväganden</i> .....	35

Gemensam reflektion som grund för förändring; möjligheter och hinder .....	36
Förväntningar och farhågor inför att träffas i reflektionsgrupper ...	36
Samtalen i reflektionsgrupperna.....	39
<i>Problematisering av samverkan.....</i>	39
<i>Problematisering av patienters delaktighet .....</i>	41
<i>Problematisering av förändrat arbetssätt:         om en möjlig utveckling .....</i>	42
Vad bar man med sig efter reflektionsgrupperna? .....	43
<i>Insikter om organisatoriska förutsättningar i vården .....</i>	44
<i>Insikter om att bättre samverkan medför ökad delaktighet .....</i>	44
Diskussion.....	46
Konklusion.....	50
Referenser .....	51
<b>Bilaga 1</b> Figur, flödesschema över projektet.....	57
<b>Bilaga 2</b> Inbjudan till fortbildning i form av reflekterande möten .....	58



## Sammanfattning

Äldre personer med flera och komplexa sjukdomstillstånd är en ökande grupp i samhället. För att kunna erbjuda målgruppen en god vård ställs krav på samverkan mellan professionsföreträdare och vårdverksamheter inom såväl öppen som sluten vård och omsorg. Administrativa frågor har på olika sätt dominerat utvecklingen. Nya rutiner för informationsöverföring har införts i Västra Götaland och informationen mellan vårdgivarna skickas i datoriserad form. Det här projektet belyser patienters/brukares perspektiv kring deltagande vid vårdplanering liksom vad som händer i samband med vårdplaneringsmöten ur de professionellas perspektiv med fokus på samverkan och patienters delaktighet. Studierna har genomförts under ledning av Eva Lidén, Med. Dr med inriktning mot omvårdnadsforskning och leg. Distriktsköterska, i samarbete med projektmedarbetare och referensgrupp med företrädare för olika professioner och verksamheter. Projektet har bestått av tre delstudier under åren 2009–2011. En kartläggning genomfördes 2008 inför starten av projektet. De tre delstudierna har haft som övergripande fokus att studera förutsättningar och hinder för samverkan mellan personal från olika professioner och organisationer liksom patienters/brukares delaktighet. Personal från hälso-/sjukvården, primärvård och kommunalt anställd vårdpersonal av olika kategorier liksom patienter/brukare har i studierna bidragit med värdefull information utifrån deras erfarenheter av att medverka i vård- och omsorgsplaneringsmöten (VOP-möten) inför patienters utskrivning från sjukhus.

I föreliggande slutrapport sammanfattas i korthet de två första delstudierna, som belyser hur organisations- och verksamhetsföreträdare ser på samverkan och patienters/brukares delaktighet liksom förutsättningar och hinder för deras medverkan vid vårdplanering (Lidén 2009; Bångsbo & Lidén 2010). Det huvudsakliga innehållet utgörs av resultatet av den tredje och sista delstudien, samt en diskussion över det sammanvägda resultatet av de tre delstudierna.

Delstudie tre syftade till att belysa hur vård- och omsorgspersonal i reflektionsgrupper kommunicerar kring patienters behov och sitt professionella ansvarsområde vid VOP-möten. Syftet med studien var också

att beskriva om och vilka förändringar i synsätt som deltagarna upplevde före och efter interventionen i form av handledda reflektionsgrupper med deltagare från kommun, primärvård samt slutenvård. Avsikten med reflektionsgrupperna vara att öka medvetenheten om kommunikativa processer som förekommer vid VOP-möten. Resultatet av delstudie tre visade att VOP-möten i stort fungerar bättre idag än tidigare och att varierande professionsperspektiv diskuterades. Dock dominerar det organisatoriska perspektivet, med stor betydelse för gränsöverskridande samverkan. Diskussionerna bidrog enligt informanterna till en bättre förståelse för andra organisationers villkor samt en ökad medvetenhet om betydelsen av patienter/brukares delaktighet vid VOP-möten.

Det sammanvägda resultatet av de tre delstudierna visar att vårdplanering är en komplex verksamhet och det har blivit tydligt i projektet att det blivit en alltmer specialiserad uppgift vilket inte med automatik innebär ökad delaktighet för patienter/brukare. Dock underlättas samverkan då de professionella kontakterna blir färre. Personkännedom och kommunikation liksom kunskap och förståelse för andra organisationers verksamhet, bidrar till organisationsöverskridande samverkan enligt datamaterialet. Det finns goda intentioner att samverka mellan professions- och verksamhetsföreträdare, både inom den egna organisationen och med andra organisationer. När personalen samverkar inför, under och efter VOP-möten kan patienter/brukares delaktighet understödjas och förbättras. Men detta förutsätter en medvetenhet hos personalen och ett understödjande förhållningssätt, där yrkesområden och professionellt ansvar kompletterar och överlappar oberoende av organisations- eller professionstillhörighet. Det finns en stor medvetenhet i datamaterialet om hur det ska vara för att vårdplanering ska fungera så bra som möjligt men det finns olika försvårande faktorer främst på organisationsnivå. Trots detta finns goda möjligheter för en ständigt pågående utveckling.

**Nyckelord:** Brukare, Delaktighet, Kommunikation, Patient, Samverkan, Vårdplanering.



# Inledning

Att svensk vård och omsorg ska kännetecknas av en god vård- och omsorgskvalitet för olika behovsgrupper är ett tämligen okontroversiellt påstående som alla kan ställa sig bakom, både professionella och privatpersoner. Vad som däremot inte är lika självklart är vad god vårdkvalitet kännetecknas av och hur den kan förverkligas i praktiken. Något som i detta sammanhang särskilt lyfts från myndigheternas sida är att landsting, primärvård och kommun utvecklar samverkansformer så att patienter och brukare får en vård och omsorg som tillgodoser deras samlade individuella behov (Socialstyrelsen 2007).

Verksamheten inom FoU Sjuhärad Vålfärd syftar till att bidra till detta genom kunskapsutveckling och metodstöd. Projektet ”Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på ett patient-/brukarperspektiv” startade 2008.

Projektet har syftat till att studera vård- och omsorgsplaneringsmötet (VOP-mötet) med avseende på 1. Patienternas/brukarnas delaktighet, 2. samverkan mellan olika yrkesgrupper och vård- och omsorgsverksamheter samt 3. möjligheter att förbättra VOP-mötet som arbetsform. Målgruppen i studien var äldre personer (80+) med två eller flera hälsoproblem. De VOP-möten som studerats har genomförts i samband med patienternas utskrivning från sjukhus.

Ett språkligt bekymmer som vi tampats med i det här arbetet, och som i viss mån kan ses som ett uttryck för de kompetens- och kulturskillnader som samverkan syftar till att integrera, är benämningen av de personer som är berörda av vård- och omsorgssystemets tjänster. Inom social omsorg är benämningen vanligtvis ”brukare” medan hälso- och sjukvården använder patientbegreppet. I den här rapporten har vi valt att huvudsakligen använda begreppet ”patient” eftersom studierna är gjorda i samband med utskrivning från sjukhus.

Begreppet ”brukare” förekommer dock i rapporten när det är särskilt relevant för sammanhanget.



## Bakgrund

Vad är då en god vård och omsorg, hur kan den möjliggöras och vilka faktorer styr den pågående vårdutvecklingen? Enligt Socialstyrelsen (2007) ska all vård och omsorg bygga på evidens och vara kvalitetssäkrad. Evidensbaserade arbetsformer och utveckling av kvalitetskriterier kan därför ses som en angelägen uppgift som också måste sättas i relation till det faktum att förutsättningarna för vård- och omsorg ständigt förändras på olika sätt och av flera skäl (Socialstyrelsen, 2007). En sådan viktig förändringsprocess är frågan om hur våra begränsade samhällsekonomiska resurser ska hanteras i relation till ökande vårdbehov i en åldrande befolkning. I Prioriteringsutredningen ”Vårdens svåra val” diskuterades och fastställdes därför, förutom utifrån vilka etiska principer vården borde bedrivas, även gränserna för hälso- och sjukvårdens ansvar i förhållande till ansvaret för social service och omsorg. Denna gränsdragning kom att visa sig på ett påtagligt sätt, bland annat i form av det regelsystem som fastställdes i betalningsansvarslagen (SFS, 1990:1404).

Den demografiska bilden i Sverige har alltså successivt förändrats med ökande vårdbehov som följd. Under åren 1992 till 2005 ökade antalet personer över 80 år med cirka 22 procent. Samtidigt minskade antalet vårdplatser inom akutsjukvården med nästan hälften liksom antalet platser i särskilda boenden. Allt fler äldre personer bor idag kvar hemma trots stora och komplexa vårdbehov. I Folkhälsorapporten från 2005 konstaterades att cirka 60 procent av personer som är 80 år och äldre hade ett eller en kombination av flera hälsoproblem (i vissa sammanhang definierat som multisjuklighet). Direkt relaterat till dessa uppgifter är ett ökat behov av sjukhusvård (Socialstyrelsen, 2005). Äldre personer som bor kvar i sitt ordinarie hem vårdas på sjukhus oftare än personer på särskilda boenden. Samtidigt har medelvårdtiden förkortats, vilket enligt Socialstyrelsens lägesrapport från 2007 lett till att allt fler äldre personer beviljas både hemsjukvård och hemtjänst. Dessutom tar närstående ett mycket stort ansvar när det gäller vård och omsorg av äldre personer. Socialstyrelsen betonade därför vikten av att en genomtänkt och samordnad vård och omsorgsplanering genomförs när äldre personer med en komplex hälso-

och vårdsituation ska skrivas ut från sjukhus (Socialstyrelsen, 2007). Hur detta ska ske beskrivs i Socialstyrelsens rapport (2009 a) som poängterar betydelsen av ett patientperspektiv. Detta innebär 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).*

## **Styrdokument för kvalitetssäkring och utveckling av vård- och omsorgsplanering**

Enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer innebär en god vård och omsorg att den bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet, att den utgår från en helhetssyn, att tjänsterna är samordnade och präglas av kontinuitet och tillgänglighet samt att tjänsterna är trygga, säkra och präglas av rättssäkerhet i myndighetsutövningen. För på hälso- och sjukvården gäller att den ska vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och att vården ska erbjudas i rimlig tid (Socialstyrelsen 2009 a, b). Trots detta förekommer det fortfarande en otydlighet i ansvaret för vården och omsorgen om patienter/brukare mellan olika vårdgivare (Socialstyrelsen, 2007), vilket medför problem när det gäller vården av personer med flera ohälsoproblem och en komplex vårdsituation. Socialstyrelsen varnar för att den äldre patientens situation i samband sjukhusvistelse är otillräckligt belyst och för att de korta vårdtider som råder på sjukhus idag gör det svårt för äldre patienter och deras närstående att förbereda sig inför utskrivningen.

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS, 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård, anges hur lagen om kommunernas betalningsansvar ska tillämpas. Där föreskrivs att landsting och kommuner ska utarbeta rutiner för vård och omsorgsplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information mellan vård-

och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från sluten vård till öppen vård och socialtjänst. I föreskrifterna tydliggörs vad rutinerna ska innehålla, vilka ansvarsförhållanden som gäller samt hur vård och omsorgsplaneringen ska genomföras. Läkarens ansvar för att en vård och omsorgsplanering genomförs, för planeringens innehåll och resultat betonas och i föreskrifterna understryks också betydelsen av samverkan, delaktighet, respekt för den enskildes integritet och att det finns säkerhetssystem som garanterar att patientens samlade vård- och omsorgsbehov tillgodoses.

Andra styrdokument som berör bland annat vård- och omsorgsplanering, är de föreskrifter om lednings- och kvalitetssystem för hälso- och sjukvården respektive social omsorg (SOSFS, 2005:12, 2006:11). Föreskrifterna syftar till att reglera det systematiska kvalitetsarbetet inom respektive verksamhet och betonar bland annat både bemötande- och samverkansfrågornas betydelse för att säkerställa och utveckla kvaliteten inom verksamheterna.

En annan aspekt som bör tas upp i sammanhanget, som är av betydelse både ur ett professionsperspektiv och ett patient-/brukar- och närståendeperspektiv, är utvecklingen inom informationsteknologin. Denna utveckling har kommit att få ett allt större inflytande på verksamheterna inom vård och omsorg. På initiativ av regeringen startades 2005 ett nationellt IT-projekt med syfte att skapa tekniska förutsättningar för en bättre fungerande hälso- och sjukvård och omsorg. IT-tekniken förväntas underlätta informations- och kunskapsöverföring, samverkan och ge patienterna ett större inflytande i vården.

Projektet benämns idag ”Nationell e-hälsa” och har utmynnat i en strategi som utvecklats i samverkan mellan stat, landsting, kommuner och privata aktörer. Strategin omfattar insatser på flera områden med syfte att skapa förutsättningar för samverkande och verksamhetsstödjande IT-system, möjliggöra åtkomst till information över organisationsgränser samt att göra information och tjänster lättillgängliga för medborgarna (Regeringskansliet, 2007). Tekniken förväntas möjliggöra en kvalitativt bättre och effektivare hälso- och sjukvård och omsorg för medborgarna samt underlätta och effektivisera arbetet för vårdpersonalen inom olika vårdverksamheter. Fokus i strategin är inriktat på dokumentationen.

Relaterat till vård- och omsorgsplanering är SVPL-KLARA ett bra exempel på ett system som utvecklats inom ramen för Nationell e-hälsa. Detta är bara början av en utveckling som kan komma att påverka samverkansformerna inom och mellan olika vårdgivare, liksom patienters och närståendes inflytande och delaktighet i olika vårdssammanhang.

## **Teorier och forskning om delaktighet**

Trots att begrepp som delaktighet och självbestämmande är vanligt förekommande i både juridiska texter (exempelvis hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen) och i teorier om vård och omsorg visar forskning att detta ideal inte alltid kommer till uttryck i den praktiska verkligheten. Exempelvis visade det sig i en stor svensk studie att mer än 83 procent av tillfrågade patienter ansåg att deras möjlighet till inflytande i vården var begränsat och att informationen var bristfällig (Fröjd, Swenne, Rubertsson, Gunningberg, & Wadensten, 2011).

Begreppet delaktighet är i sig problematiskt. Det är mångtydigt och används både i vardagsspråket, men också som ett teoretiskt begrepp. I allmän betydelse beskrivs delaktighet enligt Svenska Akademiens Ordbok (SAOB) som relaterat till gemensamhet, gemenskap, att stå i förbindelse, kommunikation eller beröring med någon (SAOB, 2011). I professionella klassifikationssystem inom hälso- och sjukvården definieras begreppet på något olika sätt. Enligt klassifikationssystemet ICF beskrivs delaktighet i ett hälsosammanhang utifrån en bred definition som innebär att delaktighet innefattar ett ”engagemang i en livssituation” (Socialstyrelsen, 2003). Andra klassifikationssystem, som MeSH, inkluderar bara patientens engagemang i beslutsprocesser som rör hälsan (Medical Subject Headings, 2011).

Under de senaste decennierna har patientens delaktighet kommit alltmer i fokus såväl nationellt som internationellt. Det beskrivs bland annat som en aktiv process där patienterna deltar under hela vårdtiden (Saunders, 1995). Sahlsten och medarbetare (2008) har i en begreppsanalys av begreppet ”Patient participation” funnit att delaktighet kännetecknas av: en etablerad relation; att viss makt eller kontroll lämnas över av sjuksköterskan; delad kunskap och information samt ett aktivt och

ömsesidigt engagemang i intellektuella och fysiska aktiviteter. Relationen är det mest tydliga kännetecknet som återkommer i många studier. Kontroll och maktförskjutning är ett annat fundamentalt fenomen som är förknippat med värden som jämlikhet, samförståndslösningar och ansvar. Vidare beskrivs betydelsen av ett utbyte av kunskap och information som upplevs som meningsfull av deltagarna för att kunna åstadkomma en relevant vårdplanering, vilket innebär att patientens uppfattningar och förväntningar på hälsa och vård är av fundamental betydelse. Slutligen lyfter författarna betydelsen av att patienten är engagerad både intellektuellt och fysiskt under hela vårdprocessen (Sahlsten, Larsson, Sjostrom, & Plos, 2008).

En förutsättning för patientdelaktighet är att man har faktiska möjligheter att medverka på ett meningsfullt sätt. Både kunskap och förmåga krävs av patienten för att kunna påverka beslutsfattandet. 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 (Ashworth, 1992; Rifkin & Pridmor, 2001; Anthony & Hudson Barr, 2004; Le Clerc, Wells, Craig & Wilson, 2002). I VOP-mötessammanhang krävs därför att patienten är väl förberedd, vilket innebär att han/hon har fått och är väl insatt i den information som är aktuell samt upplever trygghet med övriga deltagare i vårdsituationen. Det innebär också att förhållanden som tas för givna av vårdpersonalen, som exempelvis vilka uppgifter och roller personalen har, syftet med mötet och så vidare, är klara också för patienten. För att vara delaktig anser Ashworth att det är viktigt att patienten känner sig avslappnad och säker samt känner att hans/hennes medverkan är värdesatt, även av övriga deltagare, och viktig för att planeringen och genomförandet av vården ska bli bra.

”Delaktighet” i vårdsammanhang uppfattas ändå på olika sätt beroende på ur vilken position man tolkar det. Cahill beskrev i en studie, som numera har några år på nacken, att patienter och vårdpersonal på sjukhus hade olika uppfattningar om vad patient- eller brukardelaktighet innebär. Hennes slutsats var att patienterna generellt sett föredrog att vara delaktiga i vården medan vårdpersonalen, även om de ansåg att delaktighet i sig var lovvärt, föredrog att patienterna var mer passiva (Cahill, 1998). I en

mer aktuell svensk forskningsstudie definieras delaktighet av patienter på sjukhus som att personalen lyssnar, att patienten får möjlighet att beskriva symptom eller problem som uppkommit samt att patienten får förklaringar till sina problem. Beskrivningarna fokuserade mer på att som patient ha kunskap än att bli informerad, samt i högre grad på samverkan i allmänhet med vårdpersonalen än på att bara delta när beslut fattas i specifika vård- och behandlingsfrågor (Eldh, 2010). Det finns också beskrivningar av patienters upplevelser av att inte vara delaktiga i sin vård och omsorg. Att inte få adekvat information, inte bli hörd eller bemött utifrån sina individuella behov är enligt Eldh (2008) framträdande aspekter på icke-delaktighet. När organisationsperspektivet är prioriterat framför ett patient-/brukarfokus så inskränks delaktigheten (Eldh, 2008).

Trots allt framkommer i vissa studier att patientens makt är begränsad. I en svensk rapport framkom att vårdplaneringar på sjukhus ofta skedde över huvudet på patienter och närstående (Ivergård, 2001). Annan forskning har funnit att patienter visserligen upplevde personalen som trevlig vid vårdplaneringen, men att ingen lyssnade och att bedömningssituationen upplevdes som fragmenterad och förvirrande (Cotter & Roberts, 1998).

Även andra studier har visat att vårdplaneringsmötet som arbetsform, på grund av sin institutionella prägel, leder till bristande delaktighet och missuppfattningar av de beslut som fattats (Andersson, 2003; Andersson, 2005; Efraimsson, 2005; Ring, 2005). Ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv framkom 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 (Almborg, 2008).

## **Teorier och forskning om samverkan och teamarbete**

När det gäller samordnad vård- och omsorgsplanering är patientens/brukarens möjlighet till delaktighet relaterad till ett sammanhang där också vårdpersonal och vårdorganisationer ska samverka. Man kan säga att samverkan sker på två nivåer: inom-institutionell och institutions-



överbryggande samverkan. När det gäller inom-institutionell samverkan är det inom kommunal vård och omsorg vanligt att skapa multidisciplinära team för att säkerställa att patientens/brukarens samlade behov tillgodoses när han/hon skrivs ut. Idag har de flesta kommuner i Sjuhäradsområdet upprättat sådana team.

Teoretiskt beskrivs multidisciplinära team som ett sätt att förena två divergerande krav inom vård och omsorg, nämligen kravet på specialisering och behovet av integration (Martin & Finn, 2011). En vanlig uppfattning om teamarbete är att det är ett sätt att integrera olika expertkunskaper mot ett gemensamt mål, vilket syftar till att göra vården mer effektiv och öka säkerheten för patienterna. Enligt en begreppsanalys beskrivs teamwork som "... en dynamisk process som involverar två eller flera professionella med komplementära bakgrunder och kunskaper, som delar gemensamma mål för vården och som utför en samlad fysisk och mental insats när det gäller att bedöma, planera eller utvärdera patientvård. Detta möjliggörs genom ömsesidigt samarbete, öppen kommunikation och gemensamt beslutsfattande och tillför ett mervärde för såväl patienter, organisation och personalhänseende." (Xyrichis & Ream, 2008) (sid 232, egen översättning). Forskningen har framför allt belyst teamarbetets struktur och process och de variationer i teamarbetets funktion som beskrivits hör samman med faktorer som teamets storlek och uppbyggnad, organisatoriskt stöd, mötesformer, målsättningar och arbetsinnehåll samt hur dokumentation och uppföljning är utformad (Xyrichis & Lowton, 2008).

I en systematisk litteraturanalys av Johansson, Eklund och Gosman-Hedström (2010), som belyser teamarbete inom kommunal äldreomsorg, framkom att deltagarnas attityder till och engagemang för samarbete var betydelsefull liksom deras kunskaper. Ett stort hinder för ett välfungerande teamarbete var om deltagarna inte var medvetna om principerna för teamarbetet. Andra betydelsefulla faktorer var praktiska omständigheter, som vilka lokaler man arbetar i, men även mer abstrakta företeelser som vilken kultur, normer och värderingar som präglade organisationerna. En annan viktig fråga som togs upp i studien var betydelsen av att teamen var medvetna om hur kommunikationen påverkar resultatet av teamarbetet. Vidare underströks betydelsen av samarbetet med patienten

för att säkerställa en trygg utskrivning. Hinder för teamarbete beskrivs på både individ, grupp och organisationsnivå (Johansson, Eklund, & Gosman-Hedström, 2010). Martin och Finn (2011) har i en annan forskningsöversikt som kritiskt granskat ”teamwork” funnit att teamwork som arbetsform, goda syften till trots, tolkas och tillämpas på olika sätt i olika organisationer och av olika professioner. Konsekvensen av detta blir att rådande normer, kontroll och maktförhållanden faktiskt befästs i en tillämpad ”teamstrategi” så att vården ytterligare fragmenteras (Finn, Learmonth, & Reedy, 2010).

I två etnografiska studier från två så skilda enheter som en operationsavdelning och ett journalarkiv i Storbritannien, beskrivs oönskade effekter av teamarbete (Finn, et al., 2010). I analysen av de båda enheterna framkom ännu tydligare gränsdragningar mellan professionerna samt exkludering av andra gruppers delaktighet i det institutionella arbetet. Författarna ifrågasätter därför den rådande ”Teamdiskursen”, som ett sanningsideal och rättesnöre för vården idag. Oborn och Dawson (2010) bekräftar den underliggande diskursens betydelse och sätter den i relation till vad de kallar ”den privilegierade kunskapen” som outtalat kommer att dominera och styra teamarbetet. Författarna anser att multidisciplinära strukturer snarare befäster än utjämnar de makthierarkier som finns i olika vårdssammanhang (Oborn & Dawson, 2010).

## **Institutionsöverbyggande samverkan inom vård och omsorg**

Teamarbete har ovan huvudsakligen beskrivits som ett multidisciplinärt arbete inom en enhet. När det gäller vård- och omsorgsplanering sker dessutom multidisciplinär samverkan mellan olika vårdverksamheter. Det kan därför vara på sin plats att titta närmare på begreppet ”samverkan” och vilka former för institutionsöverbyggande vårdssamverkan som finns. Det engelska ordet för ”samverkan” är ”collaboration”. Enligt Petri (2010) kan collaboration beskrivas dels som ”the act of working jointly”, medan en mer konspiratorisk tolkning är ”the act of cooperating with an enemy that is occupying your country”.

Newell och Swan (2000) beskriver tre olika typer av tillit som de anser ligger till grund för förmågan att samarbeta; tillit till den andre

som person/kompanjon; tillit till den andres kompetens samt tillit till det gemensamma åtagandet (Newell & Swan, 2000). I en studie från Australien diskuteras samverkansbegreppet utifrån en analys av hur makt förhandlas i samverkanssituationer. Två kvalitativt olika perspektiv framträdde i analysen: ”competitive power” och ”collaborative power” det vill säga makten används endera i konkurrerande syfte eller i syfte att samverka (Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook, & Braithwaite, 2010).

Haidet och medarbetare (2009) jämför teambegreppet med ”community of care” utifrån en beskrivning från onkologisk vård. Där framkommer likheter men också skillnader som kan vara ganska osynliga vid första anblicken.

Skillnaderna i arbetssätt kännetecknas i huvudsak av struktur respektive öppenhet. Teamet arbetar mer koordinerat och strukturerat med ett gemensamt mål medan medlemmarna i en ”community” gör olika enskilda insatser på ett mer okoordinerat sätt. Arbetet är mer ”organiskt” drivet än strukturerat, det vill säga åtgärder vidtas av enskilda personer som uppfattar ett behov och som personligen tar ansvar för detta. I en community ingår alla som på något sätt har betydelse för patientens hälsa och vård, familj, vänner, sjukhuspersonal, specialist-team med mera, beroende på situationen. Den är också föränderlig. För att åstadkomma en samverkansseffekt som resulterar i en god vård för patienten, lyfter författarna betydelsen av att de personer som ingår i en community har en gemensam referensram för sitt arbete, att de förstår sin situation och kommunikationens betydelse och förutsättningar i det vidare vård-sammanhanget samt att de är förutseende och förekommande när det gäller att hantera eventuella osäkerheter som gärna uppstår i situationer där kommunikation sker på olika nivåer, platser och under lång tid (Haidet, Fecile, West, & Teal, 2009).

Även ett strukturerat arbetssätt har fördelar. Genom att skapa system för vad som kallas ”koordinerad vård”, där vårdinsatserna strukturerats och systematiserats på ett mer effektivt sätt, har goda resultat kunnat påvisas, framför allt minskade återinskrivningar (Bielaszka-DuVemay 2011 och Thomas 2008). Vården hade i dessa fall baserats på regelbundna träffar i arbetsgrupperna, där planer lagts upp för hur arbetet kan och bör utföras.

Stor betydelse för resultatet visade sig framför allt kommunikation, utbildning och gemensamma behandlingsrutiner ha.

Williams, Nolan och Keady (2009) visar å andra sidan på betydelsen av ett mer öppet förhållningssätt och betonar betydelsen av vilket fokus som styr utskrivningsprocessen och vårdplaneringen av äldre personers vård- och omsorgsbehov. I en intervjustudie med både äldre patienter, närstående och vårdpersonal framkom att om fokus i vårdplaneringen var ”tempo” handlade arbetet huvudsakligen om att ”pusha” och ”fixa” så att patienten så snabbt som möjligt kunde skrivas ut. Om fokus istället låg på ”komplexitet”, som tog mer hänsyn till interaktionen mellan medicinska och sociala omständigheter, kom vårdplaneringen mer att kännetecknas av information och medling. Den sistnämnda modellen ligger i linje med ”relationell praktik” som anses vara en av kärnqualiteterna inom äldre vården (Williams, Nolan, & Keady, 2009). Frågans fokus är inte okomplicerad och organisationsperspektivets dominans bekräftas i många studier. Till exempel i en utredning av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum som understryker att den viktigaste förutsättningen för att öka multisjuka äldre personers upplevelse av trygghet, säkerhet och välbefinnande är att vård- och omsorgsplaneringen inte styrs av organisationens behov utan att den är baserad på den äldres situation och individuella behov (Gurner, Fastbom, Hagman, & Shah-Shahid, 2006).

Case-managing och koordinerad vård är begrepp och företeelser som blivit alltmer aktuella för att hantera den komplexa problematiken när det gäller att hjälpa patienter och närstående genom vård- och omsorgssystemets olika delar. Case-managing härstammar från socialt arbete i USA och syftar till att stödja patienter/brukare med komplexa vårdbehov i kontakterna med olika institutioner inom vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2011). Case-managern är den samordnande funktionen med ansvar för utredning, planering och att adekvata insatser genomförs. Här i Sverige har modellen framför allt prövats inom psykiatrisk vård men försök att tillämpa modellen pågår även inom äldre vård (Wilhelmsson et al., 2009).

## Patient- och/eller familjeperspektiv

Vid vård- och omsorgsplanering har, som beskrivits tidigare här i arbetet, forskningen visat att kvaliteten på resultatet är beroende av ett tydligt patient- och närståendeperspektiv. Frågan är dock hur dessa två perspektiv ska balanseras. Det pågår idag en diskussion om innebörden i begreppen och konsekvenserna för de berörda (både patienter, närstående och vårdpersonal) i den praktiska verksamheten. Filosofin bakom begreppet familjecentrerad vård beskrivs av Piper (2011) som ett etiskt ställningstagande baserat på en syn på människan där familjerelationen (inte nödvändigtvis genom blodsband) tillskrivs avgörande betydelse för människors hälsa och välbefinnande. Barn, gamla och långvarigt sjuka är enligt författaren särskilt beroende av sin familj och därför betonas betydelsen av samverkan med patienter och familjer på alla nivåer och i alla vårdsammanhang.

Familjen ska enligt denna filosofi inte enbart ses som en ersättare för patienten när/om denna är oförmögen att delta aktivt i planeringen och genomförandet av olika vårdinsatser, utan ska betraktas och behandlas som en del i vårdteamet (Piper, 2011). Fine (2010) tar upp de problem som kan finnas i förhållandet patient-/familjecentrerad vård och poängterar betydelsen av att vårdpersonalen gör en etisk analys för att klargöra patientens vilja i situationer där det uppstår en konflikt mellan familjens och patientens vilja. I slutändan är det ändå, enligt författaren, patientens bästa som måste råda när det gäller hur man bör handla som vårdpersonal.

Kyler (2008) har i en historisk litteraturöversikt, ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv, analyserat begreppen innebörden i "client-centered" och "family-centered care". Det individbaserade begreppet "Client-centered care" vars idéer härstammar från 1950-talet har allteftersom omdefinierats och förfinats. Olika nivåer av "Client-centeredness" beskrivs idag alltifrån ett traditionellt paternalistiskt förhållningssätt till ett frigörande förhållningssätt där den professionella vårdaren har en mer handledande roll i patientens besluts-/egenvårdsprocess (Kyler, 2008). När det gäller begreppet "Family-centered care" härstammar detta från vården av funktionshindrande barn där föräldrar ställt krav på delaktighet. Utvecklingen inom det pediatrika området har i USA exempelvis resulterat

i riktlinjer som tillskriver familjemedlemmar en likvärdig status i relation till vårdarna. ”Familjecentrering” fick en allt större uppmärksamhet under slutet av 1900-talet.

Även om Kyler ser likheter mellan de två begreppen lyfter hon också fram viktiga skillnader. Delaktigheten i bedömnings- och beslutsprocessen när det gäller vård och omsorg av, i det här fallet, äldre personer kan ur ett familjeperspektiv påverkas av familjemedlemmarnas egna preferenser, behov och kunskaper. Inte alltid ligger bedömningen i linje med patientens egna önskemål. Samtidigt har familjen en unik och grundad kunskap om patientens livssituation, kulturella värderingar, resurser och hinder i hemmiljön och utgör en kontinuitet i patientens hälso- och livssituation på ett sätt som inte vårdpersonal kan ersätta. Här föreslås det mer inkluderande begreppet ”relations-centrerad” vård. Med detta menar författaren en vård vars fundament är ett aktivt samarbete med patienten och familjen. Det innebär också att ta personen och de hälsofaktorer som är aktuella i sammanhanget på allvar. Tydligare uttryckt: patientens perspektiv på sin tillvaro, hälsa, och livsprocess med avseende på biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska och miljömässiga sammanhang (a.a. sid 18). Begreppsbeskrivningen påminner om den som ligger bakom begreppet ”personcentrerad vård” som syftar till att betona betydelsen av att sätta personen i förgrunden framför ett perspektiv som utgår från ett diagnos-/klassificerat problem (Ekman et al., 2011).

Parallellt med att en ”teambiskurs” fått fäste inom vård- och omsorgssystemen i västvärlden har patienters/brukares delaktighet framhållits som en förutsättning för en säker och effektiv vård. Här framkommer svårigheter som uppstår när team-medlemmar från olika kulturer sammanstrålar. Patientens/brukarens roll i detta sammanhang är problematisk och innebär att de ofta har svårigheter att finna sin plats i teamet när man ska samverka. Tendenser finns därför att patienten/brukaren huvudsakligen tillfrågas om sin åsikt vid vissa tillfällen mer än deltar som en likvärdig samarbetspartner (Martin & Finn, 2011).

## Kommunikation och förhandling

En slutsats som kan dras av de forskningsresultat som beskrivits ovan är att VOP-mötet som arbetsform inte i sig bidrar till att patienten/brukaren känner sig delaktig i beslutsprocessen, att samverkan mellan olika professioner och verksamheter fungerar bra eller att patienten/brukaren känner sig väl förberedd inför utskrivningen. Allt beror på hur mötet förbereds och genomförs av den ansvariga vårdpersonalen samt vilka förutsättningar som givits för detta inom de olika vårdgivarnas organisationer. Exempelvis kan otydliga kvalitetsmål och prioriteringar inom organisationerna försvåra organisationsöverskridande samverkan och patientens/brukarens reella delaktighet. En del av problematiken härleds enligt forskning om vård- och omsorgsplanering till kommunikationsproblem som kan förekomma i tvärdisciplinära möten, bland annat beroende på divergerande målsättningar samt ett organisationsstyrt perspektiv i vård- och omsorgsplaneringen. Resultatet av en vård- och omsorgsplanering skapas i växelverkan mellan flera olika intressen (Dill, 1995). Sjukhuset har krav på att genomföra en snabb och effektiv vård, kommunal vård- och omsorg behöver tid för förberedelser inför utskrivning och bör också undvika att överskrida tiden för betalningsansvar och närstående och patienter kan ha olika uppfattningar om behovet av vård- och omsorg med mera. Vårdpersonalens förhållningssätt och fokus under VOP-mötet kan ha betydelse för hur de uppfattar patientens/brukarens beslutsförmåga och familjens inflytande (Efraimsson, 2005).

Kommunikationen är av avgörande betydelse och sker på flera olika nivåer inom och mellan olika grupper och personer: vårdpersonalen i vårdplaneringsteamet, personalen i hemvården, patienter och närstående. Alla kommunikationsnivåer beskrivs som betydelsefulla för att åstadkomma en god samverkan (Atwal, 2002; Bull & Roberts, 2001; Lund & Williams, 1997). I vissa fall blockeras kommunikationen på grund av den terminologi som förekommer bland personalen (Huby, Stewart, Tierney, & Rogers, 2004). Vårdpersonalen har på grund av sitt språkbruk en maktposition i vård- och omsorgsplaneringssamtalet och det finns därför ett stort behov av reflektion över det egna kommunikativa handlandet (Efraimsson, 2005; Opie, 1998).

## Projektets bakgrund

Arbetet med denna studie har genomförts i olika faser. För att få en överblick över vilka utvecklingsarbeten och projekt inom området vård- och omsorgsplanering och informationsöverföring som bedrivits i Sjuhäradsområdet under de senaste åren, genomförde dåvarande Äldreväst under hösten 2007 en inventering och analys av dessa. Inventeringen kan i viss mån ses som en historiebereskrivning över vårdplaneringsverksamheten i Sjuhärad. Följande frågor låg till grund för inventeringen:

- Vilka projekt förekommer inom Sjuhäradsområdet som syftar till att förbättra vård- och omsorgsplanering och informationsöverföring?
- Vilka problemställningar har man arbetat med?
- På vilket sätt har den forskning som finns kring problemområdet utnyttjats som stöd i utvecklingsprojekten?

Datainsamlingen skedde genom att samla in dokument i form av regionala riktlinjer, handbok för vårdplanering samt projektplaner och rapporter. Dessutom togs telefonkontakt med nyckelpersoner i de aktuella kommunerna för att få information om vilka förändringsarbeten som bedrivits på det lokala planet. De personer som kontaktades var verksamhetschefer eller medicinskt ansvariga sjuksköterskor. En analys av den information som hämtats in visade att de utvecklingsinsatser som gjorts och som är pågående har i huvudsak varit inriktade på att utveckla och implementera administrativa rutiner på regional och lokal nivå i enlighet med nationella riktlinjer. Anvisningar om enhetliga blanketter, faxrutiner, när information ska skickas och vart, olika verksamheters och yrkesföreträdares ansvarsområden osv. har utformats.

Under 2005 startades i Västra Götalandregionen ett projekt, i linje med de nationella planerna, för att förbättra och effektivisera rutinerna för samordnad vård och omsorgsplanering genom att implementera IT-teknik i arbetsprocessen. Projektet var ett samverkansprojekt mellan VG-regionen och Västkom, det vill säga de 49 kommuner som finns inom regionen. Samma år startade ett samverkansprojekt mellan SÄS (Södra Älvsborgs sjukhus) och Primärvården i Södra Älvsborg kring informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Projektet syftade till att förbättra säkerheten



vid informationsöverföring genom att granska ”efterlevnaden” i fråga om faxrutinerna.

Vidare genomfördes ett samverkansprojekt mellan SÄS och primärvården med syfte att finna rutiner i vård- och omsorgsplaneringen för att säkerställa brukarnas behov av rehabilitering. I tre kommuner i Sjuhäradsområdet arbetade man under denna period med kommunala vårdplaneringsteam (Mark, Svenljunga, Herrljunga).

En speciell vård- och omsorgsplaneringsmodell används i Herrljunga där merparten av planeringarna genomförs i hemmet efter en inledande telefonvårdplanering medan patienten fortfarande vårdades på sjukhus. Under våren 2008 startade, i projektform, en vårdplaneringsenhet på SÄS i Borås. Projektet har idag permanentats och vårdplaneringsenheten i Borås omfattar nu fyra vårdplaneringssjuksköterskor. I regionen har också ett IT-baserat informationssystem (SVPL-KLARA) införts som stöd för kommunikationsöverföring vid vård- och omsorgsplanering. En slutsats av den inledande inventeringen var att de insatser som gjorts i fråga om vård- och omsorgsplanering huvudsakligen syftade till att förbättra administrativa rutiner. Utifrån denna kunskapsgrund initierades och genomfördes denna studie.

## Problemformulering

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 de kvalitetskrav som ställs på en god socialtjänst och hälso- och sjukvård krävs en god samverkan mellan såväl olika vårdverksamheter som professionsföreträdare inom öppen- och slutenvård och omsorg, vilket kan ses som en utmaning i dagens vård där korta och effektiva vårdtider är en målsättning. Det är också en utmaning för vårdpersonal från olika vårdorganisationer att främja patienters/brukares delaktighet i den ofta snabba utskrivningsprocessen.

Forskning inom området har visat att de ideala förutsättningarna för en individuellt anpassad vårdplanering är en ömsesidig och jämlik dialog mellan patient, närstående och vårdpersonal. Arenan för detta är bland annat VOP-mötet i samband med utskrivning från sjukhus. Administrativa rutiner och verktyg har utvecklats för att underlätta detta. Men forskningen beskriver också hinder för en organisationsöverskridande samverkan som också kan försvåra patientens delaktighet och trygghet. Bristande tillit till varandras kompetenser, okunskaper om varandras arbetsvillkor, bristande tid, otydligt ledarskap, otydliga kvalitetsmål och omedvetenhet om vad som är i fokus i arbetet kan vara exempel på detta.

Människor skapar organisationer och präglar samtidigt organisationers normer, målsättningar och rutiner, vilket i sin tur återverkar på medarbetarnas beslut och handlingar. Vård och omsorgsplanering i samband med att äldre patienter med flera hälsoproblem och vårdbehov av olika slag ska skrivas ut från sjukhus och därmed byta vårdgivare är en avancerad och komplicerad vårduppgift. I litteraturen beskrivs problematiska faktorer på flera olika nivåer som kan tolkas på olika sätt beroende på betraktarens perspektiv. Samtidigt ställs krav på hög kvalitet i vården vid enskilda möten. Därför är det av stor betydelse att samla ytterligare kunskap från den aktuella praktiska vårdverksamheten för att finna stöd för fortsatt vårdutveckling och kvalitetskontroll inom området.

## Syfte

FoU Sjuhärad Vårlds projekt ”Samordnad vård och omsorgsplanering med fokus på patient/brukarperspektivet” har syftat 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. Fokus för studierna har varit patientens/brukarens delaktighet, organisationsöverskridande samverkan samt möjlighet till utveckling.

## Projektets design

Inledningsvis under 2007/2008 genomfördes litteraturstudier samt en kartläggning av hur vård- och omsorgsplanering bedrevs i området. Därefter har respektive delstudie vuxit fram mot bakgrund av föregående delstudier. Projektets design har haft en kvalitativ och induktiv ansats som inneburit att resultatet av de första två beskrivande delstudierna (Lidén, 2009; Bångsbo & Lidén, 2010) har påverkat utformningen av den tredje och avslutande delstudien som haft en intervenerande karaktär. Nedan beskrivs datamaterial och analysmetoder som använts i de olika delstudierna (Tabell 1, nästa sida).

**Tabell 1. Översikt över datamaterial och analysmetoder**

<b>Delstudier</b>	<b>Datamaterial</b>	<b>Analysmetod</b>
<b>Delstudie 1</b> Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv (2008–2009).	Intervjuer (40 st) med vård- och omsorgspersonal inom kommunal vård- och omsorg samt sjukhusanställd vårdpersonal.	Kvalitativ innehållsanalys (Graneheim och Lundman, 2004).
<b>Delstudie 2</b> Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten (2009–2010).	Videoinspelningar av VOP-möten (13 st) på sjukhus, i hemmet och på kommunal korttidsplacering. Intervjuer med deltagande vård- och omsorgspersonal samt patienter.	Det bandinspelade materialet analyserades med en kombination av kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) för att lyfta fram innehållet i samtalen samt diskursanalytisk metod (Sarangi & Roberts, 1999) för att belysa samtalens form och konsekvenserna av det. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).
<b>Delstudie 3</b> Förutsättningar för tvärprofessionell samverkan för en ökad brukar-/patientdelaktighet (se Tabell 2).	Intervention med inspiration av Story Dialogue Method. Tvärdisciplinära reflektionsgrupper med representanter från sluten vård, primärvård samt kommunal vård- och omsorg. Sammanlagt 30 deltagare. Intervjuer före och efter interventionen. Inspelning av inledande och avslutande reflektionsträffar.	Kvalitativ innehållsanalys/ Interpretive description.

# Resultat

I resultatavsnittet presenteras inledningsvis en kort sammanfattning av resultatet från delstudie ett och två, som presenteras i sin helhet i FoU Sjuhärad Välfärds rapportserie (Bångsbo & Lidén, 2010; Lidén, 2009). Därefter följer en fullständig presentation av resultatet av den avslutande tredje delstudien i projektet.

## **Vård- och omsorgsplaneringsmötet; erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv – delstudie 1**

Huvudresultatet i ovanstående delstudie pekade på att vårdpersonalen kunde identifiera både möjligheter och hinder för välfungerande VOP-möten. Främjande faktorer var ett tydligt patient- och närståendeperspektiv, strukturerade möten samt möten där personalen arbetade utifrån ett professionellt förhållningssätt och där yrkesrollerna var tydliga. De problem som beskrevs av informanterna var relaterade till patienten, närstående samt till relationen mellan patient och närstående. Hindrande faktorer beskrevs också i relation till personal, samt till rutiner och organisation.

I studien konstateras att VOP-mötet bara är en ögonblicksbild i en mycket längre process. Olika vårdgivare, kommun och landsting, turas ofta om att ha huvudansvaret för vården och omsorgen i olika perioder och verksamhetsföreträdarnas uppgift under VOP-mötet är att utifrån sina respektive professionsansvar, överlämna och att ta emot vårdansvaret. Vårdpersonalens förhållningssätt under mötet påverkas, enligt informanterna i studien, av det professionella ansvaret att tillgodose behovet av vård- och omsorg på ett individuellt anpassat sätt. De drivs alltså av omsorgen om den enskilde patienten/brukaren. Å andra sidan påverkas förhållningssättet, enligt informanterna, av kravet på att som representant för respektive vårdverksamhet hålla sig inom ramarna för verksamhetens mål och ansvarsområde (Lidén, 2009).

## Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – delstudie 2

Det ursprungliga syftet med denna studie var att belysa likheter och skillnader i olika former av vårdplaneringsmodeller (VOP-möten i hemmet, teamledda VOP-möten samt VOP-möten som genomfördes av specialistsjuksköterskor från vårdplaneringsenhet). Detta syfte gick inte att uppnå på grund av otillräckligt datamaterial. Däremot innebar den ursprungliga ansatsen att en viss variation i datamaterialet erhöles.

I resultatet framkom att patientens/brukarens delaktighet förstärktes eller hindrades under mötet på olika sätt genom kommunikativa uttryck och handlingar. Detta var en process där både patienten/brukaren, närstående och vårdpersonalen bidrog till att patienten/brukaren framställdes på ett visst sätt: som aktiv eller passiv; som objekt eller subjekt. Att vara ett ”aktivt subjekt” innebar att vara delaktig i sin vård- och omsorgsplanering och ta ansvar när målen för vården formulerades. Att vara ett ”passivt subjekt” innebar att patienten/brukaren beskrevs, av sig själv och/eller övriga deltagare, som en hel person som lever i ett livssammanhang men som på grund av hälsoskäl eller påverkan i omgivningen inte kan vara så delaktig vid VOP-mötet. Att vara ett ”aktivt objekt” innebar att bara vissa aspekter av personen framkom i samtalet. Slutligen identifierades det ”passiva objektet” där patienten främtogs eller avstod möjligheten att delta i vårdplaneringen. Vidare framkom i resultatet att patienterna i huvudsak var aktiva vid VOP-mötena och bemöttes som subjekt. Patienternas delaktighet underlättades, enligt resultatet av 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 (Bångsbo & Lidén, 2010).

## Introduktion till den tredje delstudien

Som tidigare beskrivits är ansvarsgränserna mellan framför allt vårdgivare, men också olika professionsföreträdare, otydliga och tilliten mellan de olika professionsföreträdarna är ibland begränsad. För att underlätta patientens delaktighet i VOP-möten som beskrivits i bakgrunden, är det av stor betydelse att vård- och omsorgspersonalen är medveten om sin roll och sitt ansvar i VOP-mötet och betydelsen av att samverka mot ett gemensamt mål. Frågan inför denna delstudie var därför om och hur vård- och omsorgspersonalen skulle kunna göra varandras perspektiv tillgängliga och begripliga för varandra. För den sista delstudien ”Förutsättningar för tvärprofessionell samverkan för en ökad brukar-/patientdelaktighet” föreslogs därför en intervention som genomfördes 2010–2011. Interventionen utgjordes av tvärdisciplinära reflektionsgrupper där vård- och omsorgspersonal från olika organisationer och professioner gavs möjlighet att samtala kring gemensamma erfarenheter av VOP, för att på så sätt ges möjlighet till utveckling av en komplex verksamhet.

### Syfte

Syftet med delstudie tre var att beskriva hur vård- och omsorgspersonal i reflektionsgrupper kommunicerar kring patienter/brukares behov och sitt professionella ansvarsområde vid VOP-möten. Syftet med studien var också att beskriva om och vilka förändringar i synsätt som deltagarna upplevde före och efter studien.

### Metod

Interventionen innebar att vård- och omsorgspersonal av olika kategorier och som representerar olika vård-/omsorgsgivare möttes i reflektionsgrupper, där frågeställningar av relevans för samverkan vid VOP-möten lyftes och problematiserades. I utvärderingssyfte gjordes intervjuer med samtliga deltagare i reflektionsgrupperna före och efter avslutad gruppomgång. Det första och sista grupptillfället spelades också in på band för att kunna följa en eventuell utveckling.

Metoden var inspirerad av aktionsforskning (Reason & Bradbury, 2008) och Story Dialogue Method (Labonte & Feather, 1996), som innebär att

genom berättande konkretisera komplexa (och abstrakta) frågor och i samtal reflektera över frågorna. Forskningsmetoden innebär att deltagarna själva, det vill säga vård- och omsorgspersonalen, i samverkan med forskare deltar i analysarbete och bidrar på så sätt till forskningsresultatet samtidigt som ett personligt lärande sker. Detta sker i form av en femstegs-modell som innebär att dela berättelser, att genomföra ett strukturerat samtal relaterat till berättelsen, att skapa ”insiktskort” och att bilda kategorier som blir till redskap i kommunikativa processer som rör komplexa sammanhang. Själva reflektionsprocessen ska enligt modellen också dokumenteras.

I detta fall tillämpades modellen på så sätt att fiktiva videoinspelade vårdplaneringssituationer användes som ”startberättelser” vid reflektionsmötena. Filmerna var baserade på tidigare forskning som producerats vid Högskolan i Jönköping (Hedberg och Järhult-Gabrielsson). Utifrån filmerna fördes ett samtal där kärnan i vårdplaneringsproblematiken lyftes upp.

Varje deltagare sammanfattade sina ”insikter” på ”post-it”-lappar som kategoriserades och diskuterades gemensamt i slutet av sessionen. Sammanfattning skrevs på blädderblock och kom att utgöra en del av det data-material som analyserades. Fokus i reflektionerna var hur patientens delaktighet möjliggörs eller hindras under VOP-mötena, hur samverkan eller bristande samverkan framträder i kommunikationen samt hur ansvarsförhållandena förhandlas. Reflektionsgrupperna leddes av en samtalsledare från FoUS.

## Urval

Deltagarna i interventionsstudien rekryterades i samarbete med verksamhetsansvariga inom Södra Älvsborgs sjukhus, primärvården och kommunerna i Sjuhärad. De verksamhetsansvariga inbjöds till ett möte där studien presenterades och fick därefter möjlighet att rekrytera personer ur sin personal med minst ett års erfarenhet av samordnad vård- och omsorgsplanering. Ett urval gjordes bland personerna av projektansvariga vid FoU Sjuhärad. Avsikten var att uppnå så stor blandning som möjligt i grupperna utifrån organisations- och professionstillhörighet samt geografisk spridning för att möjliggöra att organisations- och professionsperspektiven blev belysta ur flera aspekter för att diskutera ur vitt skilda synvinklar. Deltagarna representerade följande professionstillhörigheter; arbetster-



peuter (10 st), biståndsbedömare (5 st), sjukgymnaster (2 st) och sjuksköterskor (13 st) från sjukhus, primärvård och kommuner. De arbetade antingen i specialiserade vårdplaneringsteam eller på "traditionellt" sätt med vårdplanering på vårdavdelning.

Gruppindelningen utgick från vårdplaneringsenheten på Södra Älvsborgs sjukhus, det skulle finnas en vårdplaneringssköterska i var och en av de 4 grupperna. I varje grupp ingick också en representant för primärvården, alla sjuksköterskor. Utifrån denna struktur fördelades sedan platserna med målsättningen att uppnå så stor spridning som möjligt i respektive grupp sett ur professions- samt organisationsperspektiv med personal från sjukhus och kommuner.

De presumtiva deltagarna kontaktades via telefon eller e-post. Därefter skickades inbjudan med information ut (bilaga 2) för att underlätta ställningstagande till eventuell medverkan. Det innehöll information om studien och utbildningen, syftet och bandinspelningarna, att reflektionsgrupperna skulle komma att inledas och avslutas med en intervju. Brevet innehöll även information om konfidentialitet och hur resultaten skulle komma att presenteras (bilaga 1). Fyra grupper involverades i interventionsprojektet vilket innebar ett planerat deltagarantal på 32 personer. Gruppernas storlek var maximalt åtta personer och grupperna träffades fyra eller fem gånger. I en av grupperna föll två deltagare bort, i det ena fallet på grund av sjukdom och i det andra fallet av okänd anledning. Det sammanlagda deltagarantalet i studien uppgick därmed till 30 personer.

Datainsamling och analys har skett i ett processförfarande i tre steg som beskrivs i tabell 2. Inför uppstarten av reflektionsgrupperna, som pågick under perioden september 2010 till och med januari 2011, genomfördes den första intervjuomgången som omfattade 33 intervjuer.

Intervjuerna genomfördes i huvudsak på informanternas arbetsplatser, men tio stycken ägde rum i FoUS lokaler och en skedde i form av telefonintervju. Två intervjuer föll bort på grund av problem med teknik samt av okänd anledning. Varje intervju tog 6-17 minuter att genomföra och spelades in på band. I intervjuerna ställdes frågor om hur informanterna såg på att gå en utbildning i form av reflektionsgrupper, vilka förväntningar de hade på reflektionsgruppernas betydelse avseende samverkan och patienters delaktighet. Den avslutande intervjuomgången tog motsvarande

tid i anspråk och de avslutande intervjuerna genomfördes 3–6 månader efter att reflektionsgrupperna avslutats. De frågor som ställdes handlade om upplevelsen av att ha varit med i reflektionsgruppen, deras uppfattningar om betydelsen för samverkan och patienters delaktighet utifrån de samtal som fördes. Två föll bort och tre genomfördes via telefon, en i informantens bostad och de övriga genomfördes på informanternas arbetsplatser.

**Tabell 2. Översikt över forskningsprocessen i delstudie tre**

Forskningsprocessen faser	Forskningsaktivitet	Frågeställningar
Steg 1. Omedelbart innan reflektionsgrupperna påbörjades.	Individuella kvalitativa intervjuer med samtliga deltagare i interventionen.	Enligt din mening, tror du att reflektionsgrupperna kan ha betydelse för samverkan? Eller patienters/brukares delaktighet?
Steg 2. Under pågående reflektionsgruppsaktivitet.	Intervention: 4 reflektionsgrupper à 5 tillfällen. Det första och det sista tillfället inspelat på band.	Hur beskrivs, diskuteras och förhandlas gränserna för deltagarnas yrkes- och verksamhetsansvar i reflektionsgrupperna?
Steg 3. 3–6 månader efter avslutad intervention.	Individuella kvalitativa intervjuer med samtliga deltagare i reflektionsgrupperna.	Har det skett några förändringar när det gäller förståelse för problematiken kring VOP-möten ur patient-/brukarperspektiv? Förändringar i förståelsen för varandras perspektiv i vård- och omsorgsplaneringen?

## Analys

De intervjuer och reflektionsgrupper som spelats in på band har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med stöd av interpretive description (Graneheim & Lundman, 2004; Thorne, 2008). För att undvika bias genomfördes intervjuerna och analyserna av den författare som inte genomfört reflektionsgrupperna. Analysprocessen har inneburit genomläsning av datamaterialet i flera steg. Datamaterialet lästes igenom av samma författare för att få en helhetsbild av materialet. Därefter lästes intervjuerna före respektive efter reflektionsgrupperna igenom för att ge en samlad bild av det som sades före och efter gruppstillfällena. Analyserna genomfördes på motsvarande sätt med en induktiv ansats. Reflektionsgrupperna analyserades sist. Meningsenheter som berörde

samverkan och patienters delaktighet lyftes ut och kodades. De kodade enheterna presenteras i rapportens resultatdel i form av kategorier och subkategorier. Den kvalitativa innehållsanalysen gav stöd för tillvägagångssättet, enligt Graneheim och Lundman (2004).

Interpretive description har ett induktivt förhållningssätt och används främst för att försöka förstå och teoretisera det som framkommit ur exempelvis intervjuer och andra undersökningar. Metoden används som ett komplement till andra kvalitativa metoder med avsikt att utveckla kunskap med praxisnära metoder, det vill säga att undvika att "låna" metoder från andra discipliner. Den beskriver en ansats som har sin härkomst ur vårdvetenskaplig filosofi och teori och syftar till att besvara frågor av karaktären "vad är det som händer här?" eller "vad lär jag mig av detta?" för att ge en mer sammanhängande analytisk ram och kunna utveckla vårdvetenskaplig teoribildning ytterligare ur exempelvis fenomenologin eller hermeneutiken. Interpretive description har här använts som stöd till den kvalitativa innehållsanalysen i intervjumaterialet för att söka förstå vad det är som sker i reflektionsgrupperna och vilken betydelse det får (Thorne, 2008).

### **Etiska överväganden**

Med tanke på att samverkan vid VOP-möten i tidigare studier har visat sig vara ett känsloladdat område fanns en risk att ett deltagande i den planerade interventionen kunde upplevas hotfull ur ett professionsperspektiv. Vård- och omsorgspersonalen skulle kunna uppleva sig bedömd av de övriga deltagarna i gruppen vilket kan upplevas integritetskränkande. Det gjordes en muntlig överenskommelse i respektive grupp att det som togs upp inte skulle föras vidare utanför respektive möte. Vidare informerades deltagarna muntligt om att tillfälle 1 och 5 skulle komma att spelas in på band för att analyseras i efterhand. Informationen om inspelningen godkändes muntligt. Med tanke på att många beskrivit situationen vid VOP-möten som frustrerande bedömdes det ändå vara viktigt att genomföra interventionen. Det ansågs också troligt att möjligheten att få reflektera över VOP-mötet som arbetsform och den problematik som den involverar, kunde attrahera presumtiva deltagare.

## **Gemensam reflektion som grund för förändring; möjligheter och hinder**

Det samlade resultatet visar att samordnad vård- och omsorgsplanering är en komplex process där flera aspekter påverkar patientens/brukarens möjlighet till delaktighet och personalens möjligheter till samverkan. Dels handlar det om patienter/brukare med föränderliga sjukdomstillstånd där behoven av vård varierar och dels om möten mellan professionella från olika organisationer. I detta sammanhang har vård- och omsorgspersonalen från både kommun, primärvård och slutenvård till uppgift att tillgodose såväl patientens/brukarens behov av ett individuellt omhändertagande liksom att tillgodose organisationens krav på effektivitet och rationalitet. Personalens professionalitet och tydliga yrkesroller, strukturerade möten och ett patient- och närståendeperspektiv var faktorer som, enligt de två inledande delstudierna, främjade delaktighet och samverkan vid vårdplaneringsmöten.

Men i studierna har även framkommit att det förekommer försvårande omständigheter. Exempel på sådana är bristfällig kommunikation mellan deltagarna och rutiner som utgår från ett organisationsperspektiv. Mot bakgrund av dessa resultat har därför, i den tredje delstudien, patienters/brukares delaktighet och organisationsöverskridande samverkan diskuterats och problematiserats inom ramen för reflekterande möten.

Resultatet presenteras med utgångspunkt från delstudiens tre faser: före, under och efter deltagande i reflektionsgrupperna.

### **Förväntningar och farhågor inför att träffas i reflektionsgrupper**

Enligt datamaterialet var de flesta deltagarna positiva och förväntansfulla inför att träffas i reflektionsgrupperna. Man var motiverad att delta då det fanns problem som framför allt handlade om förståelse och kunskap om varandras verksamheter. Men det gavs även uttryck för farhågor. Dessa var kopplade till möjligheten att diskutera följande frågor: de olika organisationernas betydelse för delaktighet och samverkan; kommunikationens betydelse för delaktighet och samverkan; vikten av att patienter är förberedda inför VOP-möten samt hur förbättrad samverkan kan leda till ökad delaktighet för patienter/brukare.

Vad gäller betydelsen av olika organisationer uttrycktes förhoppningar om att förbättra samverkan genom att få en ökad kunskap då det finns mycket som man inte känner till om varandras organisationer. Någon var mer försiktig och uttryckte en osäkerhet kring vad det kan ge i form av förbättrad samverkan och delaktighet. Det fanns även vissa farhågor om att reflektionsgrupperna kunde väcka prestige men också att det verkligen kunde ses som en möjlighet att träffas i ett nytt forum.

Deltagarna ansåg att det var viktigt att skapa förståelse för de olika arbetssätt som råder hos andra professioner och organisationer. Men inte minst beskrevs det som positivt att få möjlighet att delge sin egen roll i vårdplaneringssammanhanget. Förhoppningar om personligt lärande formulerades och att få en ökad förståelse för hur det fungerar i de andra organisationerna uttrycktes. Speciellt primärvårdens roll lyftes fram som intressant.

Deltagarna såg en möjlighet till närmande då primärvårdens personal sällan deltar vid vårdplanering. Även personal från primärvården uttryckte med egna ord att de kände ett behov av att få en tydligare roll vid utskrivning av patienter och önskade en bättre dialog med framförallt sjukhuspersonal. Positiva ord uttalades om att interventionen kan ses som ett erkännande för någonting, för en profession. En informant sa:

*”Att det faktiskt blir föremål både för forskning och en bekräftelse på det jag tror att jag gör, att jag gör rätt. Visar det sig nu att jag inte gör rätt så är det ju bra att få en tanke och funderingar kring detta också.”*  
(Intervju 7).

När det gällde kommunikationen mellan organisationerna beskrevs den som en viktig del, inte minst för att den påverkar patienters delaktighet. En informant ansåg att genom att vara tydlig och beskriva hur man exempelvis kan underlätta för varandra kan man nå mycket längre i samarbetet. Deltagarna i reflektionsgrupperna framförde ett intresse kring att det skulle vara representanter från andra organisationer med i grupperna. Det fanns på så sätt förutsättningar för att skapa ett forum för diskussion som inte finns med i vardagsarbetet annars, menade informanterna och där igenom förbättra samverkan, som beskrivs nedan:

*”Eh, jag tycker att det är ett jättelyckat koncept att vi är blandade både yrkeskategorier och från olika organisationer, för vi berör ju detta området allihop. Vi ser det utifrån olika synsätt och vinklar det från våra världar, yrkesroller som vi fungerar i och vi kan alla bidra genom att vi har med våra erfarenheter och upplevelser av det hela. Jag tror genom att vi är tydliga på att beskriva hur vi kan exempelvis underlätta för varandra, så tror jag att vi kan nå mycket längre där igenom.” (Intervju 25).*

I de intervjuer som genomfördes inför reflektionsgrupperna framkom vidare att informanterna hade förväntningar på att i de gemensamma diskussionerna få andra perspektiv på de hinder de upplevde som svåra att överbygga i den praktiska vårdplaneringen. Förväntningar om att detta skulle kunna leda till förändring uttrycktes av vissa informanter. Flera informanter uttryckte förhoppningar om att samtalen i reflektionsgrupperna skulle innebära ett tydliggörande av hur patienter kan bli mer delaktiga i vårdplaneringssituationerna.

En förväntan fanns om att man, genom en ökad medvetenhet, skulle få större förutsättningar att få till stånd samtal vid VOP-möten där patientens bästa står i fokus. Informanterna framhöll en medvetenhet om att information och förberedelser är avgörande ur ett patientperspektiv för att delaktighet ska vara möjlig och det gavs i datamaterialet flera exempel på svårigheter förenade med delaktighet. Det framkom att det är lätt att prata över patientens eller brukarens huvud och fatta beslut, som en informant gav uttryck för:

*”Det är ju den svåra biten, att det är lätt att prata över huvudet och fatta beslut och så. Men (suckar) ja, på ett längre perspektiv, på ett längre perspektiv att vi kanske blir varse mer saker utifrån det här.” (Intervju 12).*

En förhoppning bland några av informanterna var att bli mer medveten om sitt förhållningssätt genom diskussionerna i gruppen och att man därmed skulle ha en bättre beredskap att undvika att falla in i negativa rutiner. Flera informanter uttryckte uppfattningen att när de professionella får

en ökad förståelse och respekt för varandra gagnar det patienten. Med en förbättrad samverkan där man lär känna varandras organisationer blir det lättare att fokusera på patienten/brukaren.

Men det gavs även uttryck för att patienter är sämre förberedda idag än tidigare inför vårdplaneringsmöten. Farhågor uttrycktes även om att när VOP blir en specialistuppgift försvinner stödet från den personal på sjukhusavdelningen som känner patienten från sjukhustiden. Vissa informanter betonade vikten av kontinuitet – att man åter träffas och att frågorna och problemen lyfts och lever vidare. Det fanns bland informanterna en förhoppning om att resultatet av studien skulle spridas och föras vidare och på så sätt skulle förändringsarbetet kunna fortsätta, som kan illustreras av citatet nedan:

*”... tror att det kan leda till förändring när det gäller samverkan, det tror jag... ja särskilt om det sprids sedan, alltså om kunskapen går vidare.... så tror jag att det blir förändring.” (Intervju 15).*

### **Samtalen i reflektionsgrupperna**

Efter de inledande filmerna började samtalen med att fokusera på vilket sätt patienten var delaktig eller inte vid de inspelade vårdplaneringsmötena. Det fanns en stor enighet i grupperna kring innehållet i filmerna och det togs upp vilka möjligheter respektive hinder som finns för patienter/brukares delaktighet. Resonemang fördes även kring att vårdplaneringar i stort fungerar bättre idag än tidigare.

### ***Problematisering av samverkan***

Fokus i diskussionerna handlade i hög grad om att förhandla variationen mellan olika professionsperspektiv. I betydligt mindre omfattning lyftes de organisatoriska perspektiven fram. Professionsperspektiven framkom till exempel då mängden insatser lyftes fram, vad som kan vara relevant i förhållande till genomförda utredningar och patientens tillstånd. Det framkom exempelvis att det förekommer att mycket insatser sätts in inledningsvis då patienten kommer hem, vilket kan ses som en fördel eller nackdel beroende på vilket professionsansvar man har. Vissa personer resonerade kring att det kan vara ett sätt att gardera sig, det är alltid

lättare att minska ner på personalinsatserna än att öka efter en tid. Men resonemang fördes också kring för vems skull man garderar sig, är det för att det finns en osäkerhet kring de föregångna utredningarna och den egna professionella rollen eller är det för brukarens bästa, för att skapa trygghet? Är det för professionens bästa eller utifrån ett brukarperspektiv som förslag till åtgärder presenteras?

I resultatet framkom en tydlig uppdelning mellan sjuksköterskerollen och rehabiliteringsrollen. Rehabiliteringsrollen representeras enligt informanterna av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. De utgör två olika rehabiliteringsprofessioner som samarbetar i hög grad. Det fanns också uppfattningar om att rehabiliteringsperspektivet stärker vårdplaneringsteamet då en stor del av arbetet fokuserar på hur brukare klarar sig i det vardagliga livet. Det professionella ansvaret överlappar yrkesrollerna, till exempel kring hur man ska klara sig praktiskt hemma och om patienten/brukaren har behov av eventuella hjälpmedel. Om sjuksköterskan för diskussionen med patienten förmedlar hon sedan vidare till berörd personalkategori.

I diskussionerna kring vårdplaneringsenhetens betydelse ur ett professionsperspektiv framkom både positiva och negativa erfarenheter. Här framkom uppfattningar om att enheterna åstadkommit en större tydlighet i vårdplaneringsarbetet, men samtidigt uttrycktes bland vissa professionsföreträdare en upplevelse av att ha reducerats i sitt professionella ansvar att företräda patienten. Det ansvar som tidigare funnits var inte längre lika efterfrågat enligt informanterna. Praktiska frågeställningar och problem togs också upp i reflektionsgrupperna, ofta med en önskan att lösa problemen.

Resultatet av analysen visade vidare att byte av vårdgivare innebär att man lämnar över ansvaret för patienten, från sjukhuset till kommunen eller primärvården. Det var av vikt att patienten inte skulle "märka av" detta i någon större utsträckning utan att övergången skulle ske så smidigt som möjligt med en välfungerande samverkan. Informanterna gav uttryck för att det fanns en god samsyn på vad en bra vårdplanering ska innehålla för att den ska hålla en hög kvalitet både ur delaktighets- och samverkansperspektiv. En sådan punkt som omnämndes var vikten av att sammanfatta mötet inför personal och patient/brukare samt närstående. Det framkom



i samtalen att det idag inte finns något dokument med information till patienten om vad som beslutades vid mötet. Allt dokumenteras i IT-stödet SVPL-KLARA, men den informationen upplevdes alltför svårbegriplig bland annat, för att den skulle gå att lämna direkt till patienter/brukare/närstående. Det gavs förslag på en sammanfattning, men ytterligare ett dokument ansåg vissa informanter skulle vara omöjligt att administrera.

IT-stödet SVPL-KLARA diskuterades flitigt i reflektionsgrupperna, systemets möjligheter, fel och brister avhandlades. Det finns brister kring kunskaper om systemet, exempelvis historiken där man kan gå in och läsa när man vill ha återkoppling. Vidare fanns en stor enighet från deltagare från både primärvården, sjukhusen och kommunerna om att fylla i vårdplanen i systemet mer utförligt.

Datamaterialet visade vidare att i vårdplaneringsprocessen är tiden betydelsefull och denna fråga diskuterades vid flera tillfällen i reflektionsgrupperna. När frågan om vårdplanering väcks så följs den av en kallelse och vad kan det få för konsekvenser att skicka kallelsen före alternativt efter en vanlig höftoperation? Vilken betydelse detta får i olika organisationer belystes. Men också att det är väldigt viktigt att avblåsa en vårdplanering då tidpunkten inte är den rätta av någon anledning.

I datamaterialet framkom att när kallelsen till vårdplanering skickas förekommer det att den bedömning som följer med inte alls överensstämmer med resultatet i den utredning som genomförs inför VOP-mötet av rehabiliteringspersonal. Det kan bero på att bedömningen i kallelsen är gjord i ett tidigt skede och att patientens tillstånd förändrats alternativt att olika personalkategorier gör skilda bedömningar.

### ***Problematisering av patienters delaktighet***

I reflektionsgrupperna togs upp vad det är som möjliggör eller hindrar patienter/brukares delaktighet. Det som framkom var bland annat att det är beroende av på vilket sätt man är förberedd inför mötet. Deltagarna reflekterade då över vad det egentligen innebär att vara förberedd, i vilket avseende, vilka som har ansvar för förberedelserna och hur det genomförs. Ibland fanns känslan av att det finns väldigt få möjligheter för patienter att vara delaktiga, kunna påverka och göra aktiva val. Mycket upplevdes

vara förutbestämt och att det på så sätt uppstår en skenbar delaktighet vid VOP-mötet enligt datamaterialet.

Flera deltagare menade att patienter är sämre förberedda idag när vårdplanering blir en allt mer specialiserad uppgift. Det framhölls dock att förberedelserna när det gäller bedömningar utförda av sjukgymnaster och arbetsterapeuter genomförs i högre grad idag för att bilda ett underlag inför beslut. Men det är även av stor vikt att utredningen är signerad av den som genomfört den. Ett konkret förslag som framkom i datamaterialet för att öka patienters delaktighet vid VOP-möten, var att man bör uppmuntra patienten att berätta sin egen berättelse om vad som är problemet och minska ner på rapporterandet från personalen. Det är av vikt att ge patienten/brukaren tid och utrymme att ge sin bild.

Vidare påtalades vikten av att föra fram information på ett positivt sätt som inte "sänker" patienten och hur man kan hjälpa patienter att bli aktiva vid VOP-möten var andra ämnen som diskuterades. Det fördes även samtal och reflekterades kring vilka som deltar vid VOP-möten och varför. Man menade att det bör eftersträvas att man minimerar deltagarantalet, att det är "rätt" personer och antal som deltar och att patienten ska vara så aktiv som det är möjligt och ha ett egenansvar. Men det förutsätter att patienten både ges möjlighet och tar ett eget ansvar menade man.

Vidare bör man tänka salutogent<sup>1</sup> och på så sätt visa tilltro till patientens egen förmåga enligt datamaterialet. Närståendes roll togs upp och farhågor lyftes kring vad de egentligen orkar med och vad de förväntas klara av när det gäller att vårda en anhörig. Deras delaktighet vid VOP-möten är inte minst viktig. Därav menade informanterna att det är väsentligt att lyssna in patienten och närstående, visa respekt och att man i egenskap av personal är väl förberedd. Förmågan att reflektera lyftes fram och man kan fundera över "för vem det blev ett bra möte", som någon informant uttryckte det.

### ***Problematisering av förändrat arbetsätt: om en möjlig utveckling***

I samtalen reflekterade deltagarna bland annat över att former för samverkan mellan olika organisationer har utvecklats på organisations-

---

<sup>1</sup> Det salutogena perspektivet fokuserar på vilka faktorer som orsakar och vidmakthåller hälsa mer än vad som orsakar sjukdom, där kontinuumet fokuserar på hälsa-ohälsa eller "Känsla av sammanhang" (KASAM) enligt Antonovsky, A. (1923-1994), professor i medicinsk sociologi.

och ledarnivå. Önskemål om att få möjligheter att vidareutveckla gemensamma mål och samverkansformer även på aktörsnivå uttrycktes av vissa deltagare. Kunskapen om rutiner och riktlinjer är inte alltid så god och att bidra till att riktlinjer och rutiner blir kända faller under ledningsansvar. Önskemål och tankar om behovet av ett vårdplaneringsforum fördes fram.

Det fanns informanter som framförde problemet att det ofta dyker upp nya frågor som har betydelse såväl ur ett samverkans- som patientperspektiv och det finns idag ingen arena där dessa frågor diskuteras bland den personal som deltar aktivt i VOP-verksamheten. Vidare togs upp att reflektionsgrupperna inneburit att förståelsen ökat för de villkor som råder både ur ett professionellt- och ett verksamhetsperspektiv. Ur ett verksamhetsperspektiv togs primärvårdens roll upp när det gäller samordnad vårdplanering och det finns även tydliga önskemål om att förbättra samverkan.

### **Vad bar man med sig efter reflektionsgrupperna?**

Flertalet deltagare var väldigt positiva till att ha deltagit i reflektionsgrupperna. Några deltagare ingick i en grupp som inte var optimalt sammansatt utan alltför homogen vad beträffar yrkesroll. Det påverkade diskussionerna som inte fick den bredd som var avsedd. Ett fåtal upplevde att det inte riktigt var en fortbildning för dem, men att det fanns ett värde i att träffa personer som man samarbetar med vid VOP-möten på en neutral arena och diskutera.

Diskussionsklimatet refererades till som gott, det var lätt att ta upp ämnen och funderingar som man hade. Det gick även att ta upp mer känsliga ämnen och även om det ”hettade till” deltagarna emellan så var upplevelsen ändå att det löste sig på ett professionellt plan. Samsyn och enighet omnämndes som kännetecknande av flera informanter. ”Man fick se sin verksamhet med andra ögon” (intervju 40) uttrycktes av en av deltagarna.

Det fanns en samstämmighet i materialet avseende intervjuer som gjordes före och efter reflektionsgrupperna samt det som lyfts fram under själva grupptillfällena. Det har varit möjligt att identifiera en röd tråd i det som sagts vid samtliga inspelningar på ett eller annat sätt. I intervjuerna efter genomgångna reflektionsgrupper kunde följande kategorier eller

insikter identifieras när det gällde samverkan: ”Insikter om organisatoriska förutsättningar i vården” och ”Insikter om att bättre samverkan medför ökad delaktighet”.

### ***Insikter om organisatoriska förutsättningar i vården***

Det gavs konkreta exempel på hur förståelsen ansågs ha ökat när det gäller verksamhetsperspektiv. Förståelsen ansågs ha ökat vad gäller vårdplaneringsenhetens arbete på SÄS och dess betydelse för olika kliniker. Man hade även lärt känna varandra som personer vilket hade stärkt samverkansmöjligheterna. Personkännedom ansågs viktigt, vilket uttrycktes av flera informanter på olika sätt. Därtill hade man sedan tidigare genom SÄS vårdplaneringsenhet påbörjat samverkan med andra organisationers personal, vilket man menade förstärkts ytterligare i och med de här träffarna.

Användandet av IT-stödet SVPL/KLARA skulle kunna underlätta samverkan än mer om instrumentet används som avsett och informanterna uttryckte vikten av att dokumentera mer i vårdplanen, både i primär, sekundär och kommunal vård och omsorg. Flera av informanterna menade att förståelsen ökat för andra organisationers villkor och hur det påverkar arbetet. Det betonades att det är viktigt att ha den förståelsen samtidigt som det blev goda och konstruktiva samtal vid reflektionsgrupperna och det ansågs positivt att få ta del av andras perspektiv på olika situationer. De andra organisationerna brottas med samma problem och det var en insikt. ”Jag trodde kanske inte att man skulle lära sig så mycket som man gjorde av det” (intervju 38). Det fanns några informanter som ansåg att mötena med reflektionsgrupperna inte gav så mycket, endast att kända problem och svårigheter blev bekräftade. Det upplevdes även att det fortsatt finns svårigheter att involvera primärvården på något sätt.

### ***Insikter om att bättre samverkan medför ökad delaktighet***

I datamaterialet framkom uppfattningen om att det var ett värde i att man i alla reflektionsgrupperna, oavsett organisation, fick fokusera på patientens delaktighet samtidigt. Detta menade man var en stor fördel för att förbättra möjligheter till patienters/brukares möjligheter till delaktighet. Det lyftes

fram att man nått en ökad insikt om hur antalet deltagare vid VOP-mötet kan påverka patienten och att man bör reflektera över hur många deltagare som är väsentligt.

Vid telefonvårdplaneringar upplevs det inte alltid som om patienten/brukaren är delaktig och reflektioner framfördes kring hur de genomförs, på vilket sätt och för vem. Funderingar väcktes kring om de genomförs för att tillfredsställa organisationens behov eller är de ett sätt att göra vårdplanering till en process där de bara utgör en begränsad del av utskrivningen? Reflektionsgrupperna ansågs ha bidragit till en ökad medvetenhet om betydelsen av patienters delaktighet. Flera informanter uttryckte att ”man har blivit ännu mer noga med att få med patienten”.

Vikten av patientens förberedelser inför VOP-mötet och betydelsen av att vara väl informerad togs upp i flera sammanhang av informanterna. Ansvar för vem som inledningsvis informerar patienten om att det ska bli ett vårdplaneringsmöte är inte klart, det föreföll oklart vem som bär detta ansvar, om det till exempel är sjuksköterskan på vårdavdelningen. Personalen behöver också vara påläst och förberedd inför VOP-mötet, inte komma stressad och ofokuserad, vilket också diskuterades. Någon uttryckte att tankar från diskussionerna i reflektionsgrupperna influerat vid utveckling på ”hemmaplan”, när man till exempel utvecklar det befintliga vårdplaneringsteamet eller är i ett nystartsskede. Vissa former av utveckling menar man är mer inriktad på organisationen som exempelvis utveckling av teamen. Det kan då vara lätt att tappa bort patientfokus. Men det upplevs att man pratar mer om hur man kan få med patienten, i den egna organisationen.

## Diskussion

Under arbetet i och kring reflektionsgrupperna har projektmedarbetaren genomfört bandinspelade intervjuer före och efter gruppstillfällena. Projektledaren höll i reflektionsgrupperna. Denna fördelning gjordes för att undvika jävssituation, då analyser av det bandinspelade materialet genomfördes av den projektmedarbetare som genomförde intervjuer och som därför inte deltog vid själva reflektionsgrupperna (Miles & Huberman, 1994).

Sammansättningen av grupperna gjordes utifrån ett strategiskt urval. Chefer inom området fick information om projektet och interventionen och fick i uppdrag att välja ut medarbetare med minst ett års erfarenhet av VOP-möten. Dock innebar rekryteringen vissa svårigheter då det i vissa verksamheter fanns väldigt många intresserade medan det från andra tog längre tid att rekrytera. Förutsättningen för att interventionen skulle bli framgångsrik var en optimal sammansättning av deltagare, en blandning av deltagare från primärvård, sjukhusen och kommunerna med olika professioner. Det blev ett bortfall på två personer på grund av sjukdom och byte av tjänst vilket berörde en och samma grupp.

I en av grupperna blev diskussionerna inte riktigt utvecklade då det var i stort sett samma yrkeskategori dock från olika organisationer. Där framkom särskilt tydligt att fem träffar var för mycket då samma diskussionsområden återkom varför det togs beslut om att avsluta efter fyra träffar. Metoden innebar att man träffades vid fem tillfällen vilket kunde upplevas vara i mesta laget. Om man skulle ha förändrat metodiken kanske det hade varit tillräckligt med tre-fyra träffar och färre deltagare, högst fem personer för att möjliggöra fördjupade diskussioner. Vidare utgör reflektionsgrupper en metodik som inte passar för alla. Individer talar olika mycket, vissa väldigt lite och det finns kanske inte heller en vana att diskutera vad som är det egna professionella ansvaret. Metodiken förutsätter en öppenhet och en vilja att söka förståelse, att lära av andra (Labonte & Feather, 1999).

Etiska överväganden gjordes över den valda metoden då tidigare erfarenheter gjort gällande att VOP-möten på olika sätt kan uppfattas som känsloladdade och på något sätt integritetskränkande (Lidén, 2009). Men det har framkommit ur intervjuerna att samtalsklimatet ansågs

öppet, positivt och utan några påtagliga revirhävanden. Samtalsklimatet upplevdes ha fokus på att skapa förståelse och inte motsättningar. Vid några tillfällen framkom oenighet och det som togs upp var frågor som berörde den egna organisationen och gränslandet mellan olika professioners ansvar. I något fall uttrycktes att man fått se sin verksamhet utifrån andras ögon, så som den uppfattades, men det var inte vanligt att man reflekterade på det sättet.

Intervjuerna med deltagarna före och efter reflektionsgrupperna genomfördes i huvudsak på informanternas "hemmaarena". Några intervjuer genomfördes på Högskolan i Borås. En reflektion var att de intervjuer som genomfördes där informanterna valt plats (på sitt kontor eller annan lokal på arbetsplatsen) blev mer omfattande både till tid och innehåll än de intervjuer som gjordes på annan plats. Det är möjligt att den bekanta miljön bidrar till att skapa trygghet och att det blir lättare att förbereda sig och fokusera på intervjun än om man intervjuas på annan plats. De intervjuer som genomfördes före reflektionsgrupperna var i högre grad lösningsfokuserade, det fanns klara förhoppningar om att interventionen skulle bidra till att lösa problem. De intervjuer som gjordes efteråt handlade mer om att man fått förståelse och inte direkt löst de problem som finns. Avsikten med delstudie tre var att klarlägga professionsområden och organisationsansvar och att öka medvetenheten om kommunikationens betydelse. Reflektionsgrupperna nådde inte riktigt dit utan datamaterialet handlar mer om hur samordnad vård- och omsorgsplanering genomförs idag och inte så mycket kring vad som kan utvecklas (Sarangi & Roberts, 1999).

VOP-möten bedrivs med eller utan specialiserade team. Studier visar att teamarbete är komplext och handlar om samarbete, att man delar och att fokus är på en problemfokuserad process (Lundgren, 2009). Innan teamarbete och samarbete mellan professionella kan fungera på det sättet förutsätts utbildning om samarbete, medvetenhet om roller, förmåga till samarbete, överlagda handlingar och stöd (Petri, 2010). Det är också av vikt att man delar samma målsättningar och visioner, att man har patientfokus, de maktförhållanden som råder ska vara kunskapsgrundade, beslut ska tas i enighet i hög grad och att man har någon form av gemensam

handlingsplan. Till stöd för processen krävs att arbetsklimatet är öppet och tillåtande, att det är rätt storlek och sammansättning på teamet, att man har en gemensam referensram och att man använder ett vokabulär som förstås av alla, men också en förhandling som sker med avsikt att lösa problem (Careau, Vincent, Swaine, 2011).

Vid vissa former av utveckling menade informanterna att man är mer inriktad på organisationen, som exempelvis vid utveckling av teamen. En farhåga fanns då att det kan vara lätt att tappa bort patientfokus. I ovan nämnda studie betonas vikten av att teamutveckling är patientfokuserad. Det finns även visst stöd för att teamhandledning kan bidra till att utveckla teamarbetet. I en studie med multiprofessionella team på sjukhus framkom att handledningen bidrog till en känsla av samhörighet, förbättrade arbetsmetoder och motivation till arbetet liksom kommunikation (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, 2003). Men teamarbetet kan också ses som en arena för att (i konkurrens) befästa egna professionella roller. Professionsföreträdarens intresse att hävda det egna perspektivet överskuggar då intresset att åstadkomma en gemensam målsättning i teamarbetet. Ur den aspekten kan teamarbete ses som problematiskt om avsikten är att standardisera vården till exempel genom att använda gemensamma instrument och utredningsmetoder (Jones, 2006).

I en studie beskrevs hur teammedlemmar aktivt kan samverka med andra vårdgivare genom att tillsammans delta vid reflektionsprocessen. Detta sker dock inte i lika hög grad som reflekterandet utifrån det egna teamet (Wittenberg-Lyles, Oliver, Demiris, & Regehr, 2010). Avsikten med reflektionsgrupperna har varit att bidra till reflektionsprocessen vid organisationsöverskridande samverkan. När specialiserade vårdplaneringsteam genomför vårdplaneringar sker det på ett strukturerat sätt, men när de ska genomföras av andra verksamheter, vårdavdelningar som inte vårdplanerar så ofta, då finns inte rutiner kvar i samma utsträckning som tidigare. Här har avdelningspersonalen överlämnat ansvaret för VOP till vårdplaneringsteam/-enheten. Det finns behov av att vårdpersonalen på avdelningarna tidigt informerar patienter om att en vårdplanering ska ske. Då har patienten större möjligheter att förbereda sig inför VOP-mötet. Det finns också en kritik mot teamarbete som menar att en stor del



av arbetet förhandlas "back stage", det vill säga utanför det formaliserade teammötet och att det som sker vid teammötet, "front stage", redan till stor del är uppgjort och närmast har ett rituellt syfte. Syftet blir en demonstration av fungerande teamsamverkan. Den kommunikation som sker mellan professionella såväl "front stage" som "back stage" har en viktig roll för att utveckla samverkan mellan professionella (Lewin, Reeves, 2011). Tolkning av gemensamma värdeord kan bli olika då man uttalar "vi har samsyn", vi är "överens". Det är inte självklart att värdeord uppfattas på samma sätt av olika personer.

Flera informanter gav uttryck för en vilja att skapa någon sorts fortsättning efter reflektionsgrupperna. Det finns en vilja att gå vidare och "lyfta ribban högre" som en informant uttryckte det. Idag finns ingen arena att diskutera vård- och omsorgsplanering på utanför mötena. Till viss del tar vårdplaneringsenheten på SÅS det ansvaret, men diskussionen omfattar främst biståndsbedömare och inte de andra professionerna som arbetar med vårdplanering. Primärvården har hittills inte deltagit i diskussionerna. Det har framkommit i reflektionsgrupperna att representanter från såväl sjukhusen som primärvården är medvetna om att det finns förväntningar och önskemål om att de tar en aktivare roll i vårdplaneringssammanhang, att man saknar kontakt. Förhoppningen är att de olika delstudierna ska bidra till fortsatt utveckling av såväl tvärprofessionell som organisationsöverskridande samverkan.

## Konklusion

Sammanfattningsvis har det framkommit att vårdplanering blir en allt mer specialiserad uppgift, vilket inte automatiskt innebär en ökad delaktighet för patienter eller brukare. När de specialiserade vårdplaneringsteamerna arbetar med vårdplanering, så ökar personkännedomen då det blir färre professionella att hålla kontakt med. IT-stödet SVPL-KLARA har medfört att det blivit tydligare vilka behov hos patienten som föreligger, men att systemet inte används fullt ut av vårdgivarna.

Ett gott bemötande och information till patienten var övergripande teman som återkom vid reflektionsgruppsmötena och av stor vikt vid vårdplanering. Det har även framkommit i projektet att möjligheter till dialog och reflektion saknas i det dagliga arbetet och att det finns behov av en arena för att ge utrymme åt de frågor som uppkommer vid vårdplaneringsprocessen. Vidare har det framkommit att kommunikation och personkännedom underlättar organisationsöverskridande samverkan. Det finns en enighet mellan professionella från de olika organisationerna när det gäller patienters delaktighet, men oenighet uppkommer när det gäller förståelsen för de villkor som råder i de olika organisationerna.

Det finns en otydlighet när det gäller att diskutera och förhandla professionsperspektivet, vilket kan bero på att man inte van vid att formulera vad som utmärker det egna professionella området. Istället lades mycket fokus på *hur* man gör och andra praktiska omständigheter. Det har framkommit i studierna att samverkan underlättas av kunskap och förståelse för andra organisationers verksamhet, att man är väl förberedd inför VOP-möten och att man har en tydlig kommunikation. Framträdande är att informanterna i delstudierna är väl insatta i *hur* allt ska vara för att vårdplanering ska fungera så bra som möjligt, såväl ur ett patient-/brukarperspektiv som ur organisationsperspektiv. Trots detta finns det faktorer som försvårar arbetet främst på organisationsnivå, men utveckling är möjlig och pågår hela tiden.

## Referenser

- Almborg, A. H.** (2008). *Perceived participation in discharge planning and health related quality of life after stroke. Doctoral degree, Jönköping University, Jönköping.*
- Andersson, N.** (2003). *Vårdplaneringar på sjukhus – Form, innehåll och upplevelser. Rapport nr 18. Stockholm: Kompetenscentrum inom äldreomsorg & äldreomsorg.*
- Andersson, U.** (2005). *Samordnad vårdplanering. En studie om den föreskrivna och den faktiska vårdplaneringen. Härnösand: FoU Västernorrland.*
- Atwal, A.** (2002). *Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. Journal of Advanced Nursing, 39(450–458).*
- Bielaszka-DuVemay, C.** (2011). *Improving The Coordination Of Care For Medicaid Beneficiaries In Pennsylvania. Health Affairs, 30(3), 426–430.*
- Bull, M. J. & Roberts, J.** (2001). *Components of a proper hospital discharge for elders. Journal of Advanced Nursing, 35, 571–581.*
- Bångsbo, A. & Lidén, E.** (2010). *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet. Borås: FoU Sjuhärads Valfärd.*
- Cahill, J.** (1998). *Patient participation — a review of the literature. [Article]. Journal of Clinical Nursing, 7(2), 119–128.*
- Cotter, A., Meyer, J. & Roberts, S.** (1998). *Humanity or bureaucracy? The transition from hospital to long-term continuing institutional care. NT Research, 3, 247–256.*
- Dill, A. E. P.** (1995). *The ethics of discharge planning for older adults: an ethnographic analysis. Social Science and Medicine, 41(1289–1299).*
- Efrainsson, E.** (2005). *Vårdplaneringsmötet. En studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare Doctoral, Umeå university medical dissertations, Umeå.*

- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E. & Sunnerhagen, K. S.** (2011). *Person-centered care – Ready for prime time. European Journal of Cardiovascular Nursing*(0). doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Finn, R., Learmonth, M. & Reedy, P.** (2010). *Some unintended effects of teamwork in healthcare. Social Science & Medicine, 70*(8), 1148–1154. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.025
- Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L. & Wadensten, B.** (2011). *Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. Journal of Nursing Management, 19*(2), 226–236. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x
- Graneheim, U. H. & Lundman, B.** (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 24*(2), 105–112.
- Gurner, U., Fastbom, J., Hagman, L. & Shah-Shahid, Z.** (2006). *Styckevis och delt. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedels-hantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum 2006:7.*
- Haidet, P., Fecile, M. L., West, H. F. & Teal, C. R.** (2009). *Reconsidering the team concept: Educational implications for patient-centered cancer care. Patient Education & Counseling, 77*(3), 450–455. doi: 10.1016/j.pec.2009.09.020
- Huby, G., Stewart, J., Tierney, A. J. & Rogers, W.** (2004). *Planning older people's discharge from acute hospital care: linking risk management and patient participation in decision-making. Health Risk and Society, 6,* 115–132.
- Ivergård, G.** (2001). *Behovsanalys avseende äldre multisjukas behov av vård och omsorg: ett utvecklingsarbete i samverkan mellan Södra Stockholms sjukvårdsområde, Samhällsmedicin och Äldrecentrum.*
- Johansson, G., Eklund, K. & Gosman-Hedström, G.** (2010). *Multi-disciplinary team, working with elderly persons living in the community:*

*a systematic literature review. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 17(2), 101–116. doi: doi:10.3109/11038120902978096*

**Kyler, P. L.** (2008). *Client-centered and family-centered care: refinement of the concepts. Occupational Therapy in Mental Health, 24(2), 100–120.*

**Labonte, R. N. & Feather, J.** (1996). *Handbook on using stories in health promotion practice. Ottawa, Ont: University of Saskatchewan, Prairie Region Health Promotion research Centre.*

**Lidén, E.** (2009). *Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Borås: FoU Sjuhärad Välfärd.*

**Lund, U. & Williams, S.** (1997). *The challenge of improving discharge planning in Sweden and the UK: different but the same. Journal of Clinical Nursing, 6, 435–442.*

**Martin, G. P. & Finn, R.** (2011). *Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams. Sociology of Health & Illness, no-no. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01356.x*

**Medical Subject Headings.** (2011), from <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>

**Miles, M.B & Huberman, A.M.** (1994) *Qualitative Data Analysis (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.*

**Newell, S. & Swan, J.** (2000). *Trust and inter-organizational networking. Human Relations, 53(10), 1287–1328.*

**Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J. & Braithwaite, J.** (2010). *How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. Social Science & Medicine, 71(5), 898–909.*

**Oborn, E. & Dawson, S.** (2010). *Knowledge and practice in multidisciplinary teams: struggle, accommodation and privilege. Human Relations, 63(12), 1835–1857. doi: 10.1177/0018726710371237*

**Opie, A.** (1998). *"Nobody's asked me for my view": users' empowerment by multidisciplinary health teams. Qualitative Health Research, 8, 188–206.*

- Reason, P. & Bradbury, H.** (2008). *The SAGE handbook of action research : participative inquiry and practice*. Los Angeles: SAGE.
- Regeringskansliet.** (2007). *Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Lägesrapport 2007*. <http://www.regeringen.se>
- Ring, R.-M.** (2005). *Vårdplanering – det goda mötet? Rapport om ett utvecklingsprojekt i Dalarna: Dalarnas forskningsråd. Arbetsrapport*.
- Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B. & Plos, K. A. E.** (2008). *An analysis of the concept of patient participation*. *Nursing Forum*, 43(1), 2–11.
- SAOB.** (2011). *Delaktighet Svenska Akademiens ordbok (pp. D637): Svenska akademien*.
- Sarangi, S. & Roberts, C.** (Eds.). (1999). *Talk, work and institutional order. Discourse in medical, mediation and management settings*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Saunders, P.** (1995). *Encouraging patients to take part in their own care*. *Nursing Times*, 91(9), 42–43.
- SFS 1990:1404.** *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404)*.
- Socialstyrelsen.** (2003). *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – ICF*.
- Socialstyrelsen.** (2005). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen.** (2007). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2006*. Retrieved from [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Socialstyrelsen.** (2011). *Case management* Retrieved 2011-07-07, from <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/funktionshinder/casemanagement>
- Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* (2005:12).

*Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (2005:27).*

*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (2006:11).*

**Thomas, M. E.** (2008). *The providers' coordination of care: a model for collaboration across the continuum of care. Professional Case Management, 13(4), 220–227.*

**Thorne, S. E.** (2008). *Interpretive description. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.*

**Wilhelmsson, K., Dunér, A., Eklund, K., Gosman Hedström, G., Gustafsson, H. & Dahlin-Ivanoff, S.** (2009). *Bättre vård och omsorg för multisjuka äldre kräver samverkan och ansvariga vårdgivare. Läkartidningen, 106(48), 3273–3274.*

**Williams, S., Nolan, M. & Keady, J.** (2009). *Relational practice as the key to ensuring quality care for frail older people: discharge planning as a case example. Quality in Ageing, 10(3), 44–55.*

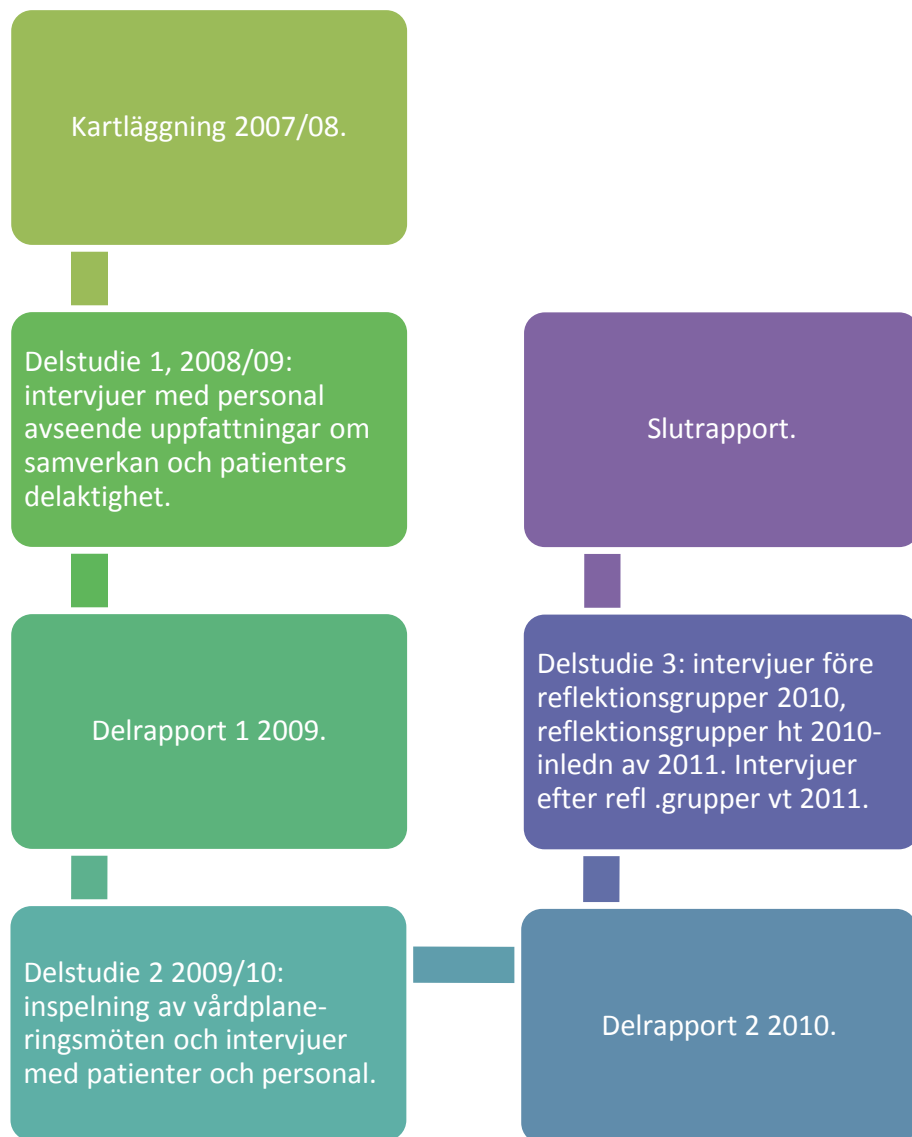
**Xyrichis, A. & Lowton, K.** (2008). *What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. International Journal of Nursing Studies, 45(1), 140-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015*

**Xyrichis, A. & Ream, E.** (2008). *Teamwork: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 61(2), 232-241. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x*





## Bilaga 1. Figur



**Figur. Flödesschema över hela projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet 2007–2011.**

## Bilaga 2. Inbjudan till fortbildning i form av reflekterande möten



### INBJUDAN

## Fortbildning i form av reflekterande möten

#### Information om reflekterande möten

I FoU-projektet "Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet" har del 1 och 2 avslutats. Del 1 handlade om organisation och samverkan, del 2 om delaktighet. Mot bakgrund av resultatet av studierna kommer en fortbildning i form av reflekterande möten att erbjudas. Syftet med fortbildningen är att bidra till ökad insikt om vad som händer i samtalet och hur och varför olika yrkes- och verksamhetsansvar kommer till uttryck för att på så sätt öka förutsättningarna för patienter/brukares delaktighet i vård-/omsorgsplaneringsmöten. I samråd med arbetsledningen inom de verksamheter som är berörda av vård- och omsorgsplanering har vård- och omsorgspersonal av olika kategorier och representerande olika vård-/omsorgsgivare (sammanlagt fyra grupper à 8 personer) bjudits in för att delta i fortbildningen vid fem tillfällen under hösten. **Du är en av dessa personer!**



För att möjliggöra utvärdering av utbildningen kommer du att intervjuas och få besvara en enkät om kommunikation. Enkäten kommer att hanteras konfidentiellt. Innan du påbörjar utbildningen kommer vi att höra av oss för att intervjua dig och en andra intervju kommer att genomföras 3-6 månader efter avslutad utbildning. Två av de möten du deltar i och båda intervjuerna kommer att spelas in på band för att möjliggöra analys. Dina svar och det inspelade materialet kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem och det kommer inte vara möjligt att identifiera enskilda personer i redovisningen av resultatet. Deltagandet är frivilligt och du kan avböja medverkan när som helst. Resultatet kommer att presenteras i form av en rapport i FoUS skriftserie samt i form av en vetenskaplig artikel (Lag SFS 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor).

Om du har frågor är du varmt välkommen att kontakta någon av oss. Om du inte vill delta i utbildningen är det viktigt att du meddelar oss. Annars bokar du in följande utbildningstillfällen: **3/9, 17/9, 1/10, 15/10, 29/10** där vi träffas kl. **13.30-15.30** i E 737 på Höskolan i Borås. För karta, se nästa sida.

#### Välkommen!

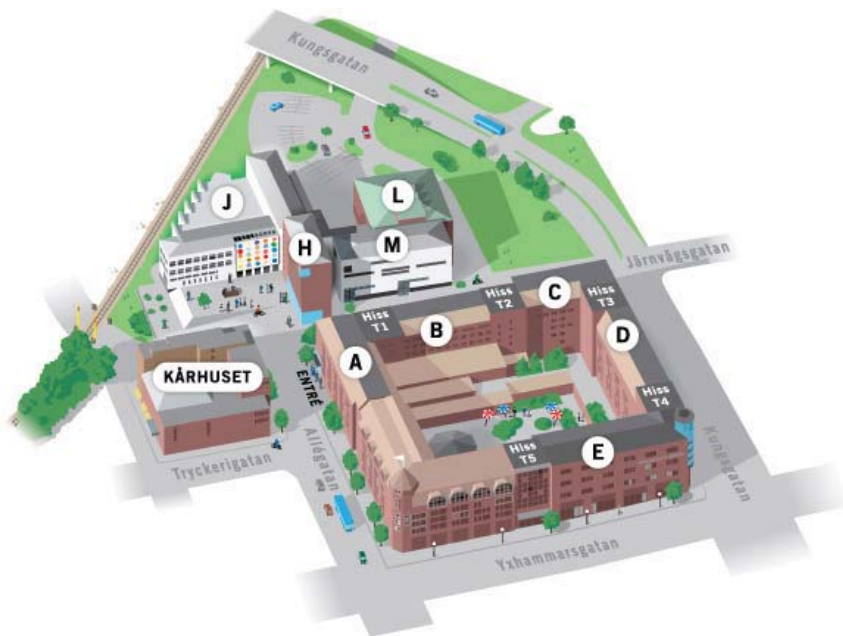
Eva Lidén, projektledare  
e-post: [eva.liden@hb.se](mailto:eva.liden@hb.se)  
mobil: 0707-60 57 89

Angela Bångsbo, projektmedarbetare  
e-post: [angela.bangsbo@hb.se](mailto:angela.bangsbo@hb.se)  
mobil: 073 -200 20 90

## KARTA

### Fortbildning i form av reflekterande möten

Lokal: E 737



#### Så hittar du hit:

Gå in genom huvudentrén från Allégatan.

Tag hiss T5 till våning 7.

Gå in genom glasörrarna, välj den högra korridoren  
- vid korridorens slut ligger rum E 737.



## Tidigare utgivna rapporter från FoU Sjuhärad Valfärd/ÄldreVäst Sjuhärad

### Rapporter: 2002–2011

**Lebedinski, L.** (2011). *KomBas-projektet Kompetensutveckling för baspersonal – slutrapport från utvärderingen av projektet*. Rapport från FoU Sjuhärad Valfärd.

**Lebedinski, L.** (2011). *Uppföljning av de lokala Psykiatriråden i Sjuhärad/ Södra Älvsborg 2011*. Rapport från FoU Sjuhärad Valfärd.

**Beijer, E., Eriksson, B. G. (red), Greene C. J., Jess K., Karlsson Vestman, O., Karlsson, P-Å. (red) & Niklasson, L.** (2011). *Verkstäder för utvärdering i välfärdsverksamheter – erfarenheter från några svenska FoU-enheter och högskolor*. Rapport från FoU Sjuhärad Valfärd.

**Elm, M.** (2010). *LÄR UT – Bättre läkemedelshantering för äldre*. Rapport från FoU Sjuhärad Valfärd.

**Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M.** (2009). *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner*. Rapport från FoU Sjuhärad Valfärd.

**Rönmark, L.** (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Lebedinski, L.** (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbel-diagnoser – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Lebedinski, L.** (2008). *Miltonprojektet: SamKom – en utvärdering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Esbjörnson, S., Björkman, I., Henriksson, A., Lidskog, R., Sjören, M., Wessbo, G. & Karlsson, P-Å.** (2008). *Så tycker brukarna om äldreomsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo 2008 jämfört med 2004*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Källman, U.** (2008). *Virtuellt Sårcentrum – ett koncept för kunskapsspridning. Slutrapport Virtuellt Sårcentrum*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Nordström, M. & Redberg, P.** (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Hanson, E., Magnusson, L., Winqvist, I. & Sennemark, E.** (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Lönn Svensson, A. & Kokkonen, M.** (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**Höglund, E.** (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004–2005*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**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*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

**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 förutsättningarna för en etablering*. Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad.

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

### **Arbetsrapporter och delrapporter: 2002–2011**

**Ehlersson C., Hjort E., Karlsson M., Rönmark L. (red) & Tenefors J-E.** (2011). *Enhetschefer undersöker sin roll – ett FoU-projekt i Sjuhärad*.

**Craaford, J. Glemne, M., & Nygren, L.** (2011). *Protesförsörjning av benamputerade i Sjuhäradsbygden*. Studie 1 – Faktorer som påverkar den fysiska förmågan och protesförsörjning, samt resultaten av dessa faktorer hos benamputerade på Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

**Borgvall, L. & Svegelius, E.** (2010). *Möten över gränser – Trädgårdsrummet som en möjlig mötesplats*.

**Bångsbo, A. & Lidén, E.** (2010). *Kommunikativa processer och upplevelser av delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten – Delrapport i projektet Samordnad vård- och omsorgsplanering med fokus på brukarperspektivet*.

- Esbjörnson, S.** (2010). *LOV i Sjuhärad. En förstudie om kundval.*
- Lidén, E.** (2009). *Vård- och omsorgsplaneringsmötet — erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv. Social dokumentation inom äldreomsorgen (2009).* Kortversion av två projektrapporter.
- Höglund, E. & Hallberg, M.** (2009) *FoU-projektet Social dokumentation – en redogörelse för arbetet 2006-2008.*
- Andersson, E-L.** (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*
- Andersson, E-L. & Alth, C.** (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Redberg, P.** (2008) *Arbets terapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningskedje.*
- Danung, C. & Salomonsson, S-B. – med forskarstöd av Rönmark, L.** (2008). *BRASS – BRukare och personliga ASSistenter i samverkan.*









# FoU Sjuhärad Valfärd

FoU Sjuhärad Valfärd är ett kompetenscentrum för forskning och utveckling inom välfärdsområdet och behovsgrupperna äldre, funktionshindrade, barn och unga, människor med beroendeproblematik, familjer i utsatta situationer samt socioekonomiskt 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 samt
- medverka till kunskapsbaserat arbetssätt.

Ägarpartners är kommunerna i Sjuhäradsområdet, Västra Götalandsregionen och Högskolan i Borås. Flera frivilligorganisationer samt 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.fous.se](http://www.fous.se) – där finns även möjlighet att beställa tidigare utgivna rapporter.



BOLLEBYGDS  
KOMMUN



BORÅS STAD



HERRLJUNGA KOMMUN



HÖGSKOLAN I BORÅS  
VETENSKAP FÖR PROFESSION



Mark



SVENLJUNGA  
KOMMUN



TRANEMO  
KOMMUN



ULRICEHAMNS  
KOMMUN



Vårgårda kommun



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN

**Besöksadress:** Högskolan i Borås, Allégatan 1

**Postadress:** Högskolan i Borås, FoU Sjuhärad Valfärd, 501 90 Borås

**Telefon:** 033-435 40 00

**E-post:** [fous@hb.se](mailto:fous@hb.se)

**Webb:** [www.fous.se](http://www.fous.se)