



FoU SJUHÄRAD  
VÄLFÄRD

## Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv

---

Eva Lidén



HÖGSKOLAN I BORÅS  
VETENSKAP FÖR PROFESSION



# Vård- och omsorgsplaneringsmötet - erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv

---

FoU Sjuhärad Valfärd | *Vård- och omsorgsplaneringsmötet - erfarenheter ur ett tvärprofessionellt perspektiv*

*Författare*  
Eva Lidén

ARBETSRAPPORT 2009  
ISSN 1651-4556  
UPPLAGA: 1



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>FÖRORD</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
Lagar och författningar .....	2
Forskning om vård- och omsorgsplanering .....	3
Bristande samverkan mellan verksamheter - en fråga om kultur och kunskap .....	3
Bristande tid för god planering .....	4
Organisationsperspektivet dominerar över patient/ brukarperspektivet .....	4
Kommunikation - en maktfaktor på olika nivåer i vårdplaneringsprocessen.....	4
Projekt i Sjuhäradsområdet .....	5
Problemformulering.....	5
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
VOP-mötets olika former .....	7
Uppfattningar om vård- och omsorgsplaneringsmötets betydelse .....	9
Mötets betydelse för patienter och närstående .....	9
Mötets betydelse för vårdpersonalen.....	10
Det ideala VOP-mötet och främjande faktorer.....	10
Ett tydligt patient- och närståendeperspektiv.....	10
Strukturerade möten .....	12
Professionell personal och tydliga yrkesroller .....	13
Problem vid VOP-möten.....	15
Problem relaterade till patienten .....	16
Problem relaterade till närstående .....	17
Problem relaterade till relationen mellan patient och närstående.....	18
Problem relaterade till personalen .....	19
Problem relaterade till mötesform .....	21
Problem relaterade till rutiner och organisation .....	22
Önskemål .....	25
Konklusion .....	26
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>27</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>31</b>

<b>BILAGA 1 INFORMANTER .....</b>	<b>34</b>
<b>BILAGA 2 INTERVJUFRÅGOR.....</b>	<b>35</b>
<b>TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD/ FOU SJUHÄRAD VÄLFÄRD</b>	
<b>Rapporter i serien Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad/ FoU Sjuhärad Välfärd: 2002 - 2009 .....</b>	<b>36</b>
Arbetsrapporter och delrapporter: 2002 - 2009 .....	38

## FÖRORD

Huvudmålet för FoU Sjuhärad Vårld (FoUS) är att genom kunskapsutveckling och metodstöd bidra till ökad samverkan mellan huvudmännen, landsting, primärvård och kommun, och ökad vård- och omsorgskvalitet för behovsgrupperna, i det här fallet äldre personer med multisjukdomsproblematik. Den här rapporten är det första delresultatet i ett projekt initierat av FoUS. Projektets fokus är vård- och omsorgsplaneringsmöten vid utskrivning från sjukhus av personer, som är i behov av fortsatt vård- och omsorg i det egna hemmet eller i kommunalt särskilt boende.

Ett stort och omfattande projekt pågår i skrivande stund i VG-regionen. Projektet innebär att genom förbättrade administrativa rutiner höja kvaliteten på vård- och omsorgsplaneringar när patienter/brukare förflyttar sig mellan öppen- och slutenvård. Nya rutiner för informationsöverföring införs och informationen mellan vårdgivarna kommer inom en snar framtid att ske i datoriserad form. I det här projektet belyses däremot vad som händer i det mellanmänskliga mötet utifrån olika yrkesgruppers och verksamhetsföreträdares perspektiv. Såväl sjukhuspersonal som kommunalt anställd vårdpersonal av olika kategorier har i den här studien bidragit med värdefull information utifrån deras erfarenheter av att medverka i vård- och omsorgsplaneringsmöten (VOP-möten) inför att patienter skall skrivas ut från sjukhus.

Delstudien har genomförts under ledning av Eva Lidén, Med. Dr med inriktning mot omvårdnadsforskning och leg. distriktssköterska, i samarbete med projektmedarbetarna Susanne Svensson, leg. arbetsterapeut SÄS och Angela Bångsbo leg. Arbetsterapeut, SÄS samt FoU Sjuhärad- Vårld. En referensgrupp med representanter för olika verksamheter och professioner har bidragit med betydelsefulla synpunkter och råd under arbetets gång. Referensgruppens medlemmar är Christina Larsen, vårdplaneringssjuksköterska SÄS, Carina Rödebäck, vårdplaneringssjuksköterska Svenljunga, Ingrid Falkholt, biståndsbedömare Borås, Eva Claesson projektledare SVPL, Gunnel Wessbo, MAS Herrljunga kommun och Elisabeth Svensson, distriktsläkare Sjöbo vårdcentral.

Datamaterialet som ligger till grund för denna rapport har bestått av fyra delar. Jenny Andersson och Berit Carlsson intervjuade kommunalt anställda sjuksköterskor och presenterade resultatet av deras analys i ett examensarbete på avancerad nivå inom ramen för distriktssköterskeutbildningen ([http://bada.hb.se/bitstream/2320/4227/1/M2008\\_49.pdf](http://bada.hb.se/bitstream/2320/4227/1/M2008_49.pdf)). Susanne Svensson samlade in och analyserade data om biståndsbedömares erfarenheter av att delta i VOP- möten. Intervjuer med sjukhusanställda sjuksköterskor genomfördes av Susanne Svensson och Eva Lidén och detta material analyserades av Angela Bångsbo. Arbetsterapeuters och sjukgymnasters erfarenheter samlades in av Eva Lidén som också analyserade detta material. Den slutliga sammanställningen av hela datamaterialet har gjorts av projektledaren som också har färdigställt den slutliga rapporten.

Borås 2009-10-10

Eva Lidén

Projektledare FoU Sjuhärad Vårld

## BAKGRUND

Vård- och omsorgssystemet har i Sverige förändrats under de senaste decennierna så att allt fler äldre personer, som tidigare var hänvisad till institutionell vård, idag har möjlighet att bo kvar hemma. Vissa av dessa personer har omfattande och komplexa vård- och omsorgsbehov, vilket ställer stora krav på samverkan mellan landstingens hälso- och sjukvård och kommunal vård och omsorg. Det ifrågasätts i vilken utsträckning patientens delaktighet i detta vårdssammanhang tas i beaktande (Socialstyrelsen, 2007). I Sverige har idag cirka 60 % av alla äldre personer (80 år +) ett eller flera hälsoproblem, och andelen som uppger tre eller flera sjukdomar eller besvär har ökat mer än andelen som endast har en sjukdom (Socialstyrelsen, 2009), vilket leder till ökade behov av sjukhusvård (Socialstyrelsen, 2005). Hemmaboende äldre vårdas på sjukhus vid fler tillfällen än personer på särskilda boenden och medelvårdtiden har samtidigt förkortats. I Socialstyrelsens lägesrapport framkommer att allt fler äldre personer beviljas både hemsjukvård och hemtjänst och att närstående tar ett mycket stort ansvar när det gäller vård och omsorg av äldre multisjuka personer. För att åstadkomma en trygg och säker vård och omsorg krävs därför en genomtänkt och samordnad vård och omsorgsplanering vid utskrivning av äldre multisjuka personer från sjukhus (Socialstyrelsen, 2007). Äldre multisjuka personer definieras här som personer med två eller flera hälsoproblem (Socialstyrelsen, 2005) och begreppet ”vård- och omsorgsplanering” har valts i enlighet med rekommendation från Socialstyrelsens termbank. Begreppet patient används i detta arbete om personer i behov av hälso- och sjukvård medan begreppet brukare refererar till personer i behov av social omsorg.

## Lagar och författningar

Svensk lagstiftning inom hälso- och sjukvård (HSL) (SFS, 1982:763) och social omsorg (SoL) (SFS, 2001:453) är baserad på humanistiska värden och mänskliga rättigheter. Verksamheten skall enligt ovanstående lagstiftningar bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet och vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS, 2005:12) ges bemötandet av patienten ett särskilt utrymme. Det skall finnas rutiner inom hälso- och sjukvården så att patientens värdighet och integritet respekteras, att patienten och närstående visas omtanke och respekt samt att patienten och närstående informeras och görs delaktiga i vården. Även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS, 2006:11) föreskriver att de kvalitetsmål som anges i SoL, exempelvis att ”insatser för den enskilde skall utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar”, skall följas upp i ett kontinuerligt kvalitetsarbete.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård skall den behandlande läkaren i den slutna vården efter samråd med patienten, närstående och företrädare för berörda enheter fastställa hur vårdplaneringen skall genomföras (SOSFS, 2005:27). I dessa föreskrifter anges vidare hur lagen om kommunernas betalningsansvar skall tillämpas (SFS, 1990:1404). I föreskrifterna, som uppdaterades 2005, anges att landsting och kommuner i samråd skall 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 slutenvård till öppen vård och socialtjänst. Det beskrivs också vad rutinerna skall innehålla, vilka ansvarsförhållanden som råder och hur vård och omsorgsplaneringen skall genomföras. Läkarens ansvar för att en vård och omsorgsplanering genomförs och för dess innehåll och resultat betonas. Där understryks också betydelsen av samverkan, delaktighet, respekt för den enskildes integritet och att säkerhetssystem som garanterar att patientens samlade vård- och omsorgsbehov tillgodoses. I praktiken innebär det att enskilda verksamhets- och professionsföreträdare, det vill säga biståndsbedömare,



sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, har i uppdrag att se till att vårdgivarnas skyldigheter, som anges de i författningar som refererats ovan, uppfylls på ett optimalt sätt.

Trots förändringar i betalningsansvarslagen och skärpta författningsföreskrifter, visar en rapport från Sveriges kommuner och landsting att 7,6 procent av slutenvårdsplatserna fortfarande är belagda av patienter som är utskrivningsklara. En viss ökning av antalet vårdplaner hade skett sedan tidigare mätning 2004, men i övrigt hade inga större förändringar skett. Eftersom cirka hälften av de patienter som bedömts vara utskrivningsklara var i behov av korttidsplats, lyfts i rapporten frågan om vad ett korttidsboende egentligen är – en vårdform eller ett boende. I rapporten framhålls att innehållet i vårdplaneringarna behöver struktureras och goda exempel lyftas fram över vad som kan anses vara väsentlig information vid vårdplaneringar (SKL, 2008). Trots att hälso- och sjukvård har bedrivits utanför sjukhus alltsedan Ädelreformens införande 1992 råder det fortfarande en otydlighet i ansvarsfrågan (Socialstyrelsen, 2007). Detta leder till problem framför allt när det gäller vården av multisjuka personer. Socialstyrelsen ifrågasätter om den äldre patientens situation i samband sjukhusvistelse belysts tillräckligt och varnar för att dagens korta vårdtider kan vara en riskfaktor när det gäller patientens möjlighet att förbereda sig inför utskrivningen.

## Forskning om vård- och omsorgsplanering

Trots att det inte är möjligt att jämföra vård- och omsorgssystem mellan olika länder, finns en gemensam problematik när det gäller att på ett säkert, tryggt och effektivt sätt samverka mellan olika vårdgivare i samband med att patienter skrivs ut från sjukhus. I internationella och nationella forskningsstudier av vård- och omsorgsplaneringsmöten vid utskrivning från sjukhus har både negativa och positiva effekter påvisats i utskrivningsprocessen. Enligt studierna påverkade följande faktorer vård- och omsorgsplaneringens effektivitet och kvalitet:

- fungerande samverkan mellan verksamheterna och tvärdisciplinär kompetens
- rimlig planeringstid
- ett tydligt patient- och närståendeperspektiv, vilket bland annat innefattar att patienten är förberedd och informerad om vad som ska ske, samt
- fungerande kommunikation

## Bristande samverkan mellan verksamheter – en fråga om kultur och kunskap

Samverkan mellan olika verksamheter, professionella, patient/brukare och närstående innebär att kontinuiteten i vården bibehålls och vården individualiseras (Bull & Roberts, 2001; Pethybridge, 2004; Reed & Stanley, 2003; Styrborn, 1995), men hindras av organisatoriska problem som olika målsättningar (Payne, Kerr, Hawker, Hardey, & Powell, 2002). Flera studier visar att sjuksköterskor på sjukhus har otillräckliga kunskaper om hemsjukvården och dess resurser vilket försvårar samarbetet mellan vårdenheterna (Armitage & Kavanagh, 1998; Hegney et al., 2002; Nazarko, 1998). Mer noggrant genomförda vårdplaneringar och förändrade attityder kan åstadkommas om personal från öppen och slutenvård lär känna varandras verksamheter närmare (Carter & MacInnes, 1996; Robinson & Street, 2004). Ett sådant svenskt exempel beskrivs av (Wikström, 2001) som visat att det var möjligt att förbättra samarbetet vid samordnade vårdplaneringar genom att aktivt arbeta i tvärprofessionella grupper. På så sätt ökade förståelsen för de olika yrkesgruppernas situation och konkreta förbättringsåtgärder blev möjliga att identifiera och åtgärda.

## Bristande tid för god planering

Betydelsen av framförhållning i vårdplaneringsarbetet och av att tillräcklig tid avsätts poängteras i flera studier (Atwal, 2002; Carter & MacInnes, 1996; Chadwick, 1998; Rosbotham Williams, 2002). En brittisk studie visar att tidsbrist var den faktor som till största delen försvårade ett tvärdisciplinärt samarbete (Atwal, 2002). En annan studie visar att hemsjukvårdens möjlighet att förbereda patientens hemgång var otillräcklig. Inte heller brukarna eller närståendes upplevde sig tillräckligt förberedda (Heaton, 2001). En liknande kritik framfördes i en utvärdering från Stockholms län, där det framkom att planeringstillfällena var korta, dåligt förberedda och att miljön ibland var bristfällig (U. Gurner & Wånell, 1998). Även om tidig vårdplanering och utskrivning av äldre, långtidssjuka patienter är viktigt för att kunna erbjuda vårdplatser för akutpatienter och att hålla sjukhusets budget intakt, finns risk för att beslut fattas på alltför osäkra premisser (Wells, 1997). Ett dåligt beslutsunderlag som bygger på missuppfattningar, underskattning av patientens behov eller andrahandsinformation resulterar i en dålig vård- och omsorgsplanering.

## Organisationsperspektivet dominerar över patient/brukarperspektivet

I en vård- och omsorgsplaneringssituation vägs frågor om den enskildes delaktighet och behov mot organisatoriska och ekonomiska krav (Whitton, 2000). (Hau, 2004) belyser den värdekonflikt som råder i spänningen mellan det vårdande och ekonomiska kravet, som bland annat resulterat i att sjuksköterskornas arbete har blivit alltmer inriktat på att frigöra sängplatser. I en utredning av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum konstaterar man 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 (U. Gurner, Fastbom, Hagman, & Shah-Shahid, 2006). Idag beskrivs vårdplaneringen ofta som ofullständig eftersom det dagliga livets komplexa verklighet inte berörs. "Gamla" sjukdomar uppmärksammas exempelvis inte alltid, vilket är ett problem för den stora gruppen multisjuka (LeClerc, Wells, Craig, & Wilson, 2002; Tappen, Hall, Stahura, & Blume, 1995).

Men även om patienten är närvarande vid vårdplaneringen är det ingen garanti för delaktighet eller att han/hon känner sig förberedd inför utskrivningen (Congdon, 1994; Littorin, 2001; Wikström, 2001). För att kunna medverka på ett reellt sätt i vård- och omsorgsplaneringen krävs att patienter och närstående har kunskap om exempelvis vilka resurser och behandlingsalternativ som finns. Reell medverkan innebär också att patienters och närståendes personliga kunskaper och erfarenheter tas tillvara av vårdpersonalen (Anthony & Hudson Barr, 2004; LeClerc et al., 2002). Redan i Styrborns avhandling från 1994 beskrevs svårigheten att skilja mellan vad som var patientens val från det som var ett resultat av personalens påverkan (Styrborn, Larsson, & Drettner, 1994). I en rapport från Södra Stockholms sjukvårdsområde framkom att vårdplaneringar på sjukhus ofta skedde över huvudet på patienter och närstående (Ivergård, 2001). En studie av Cotter och medarbetare (Cotter & Roberts, 1998) beskrivs hur patienter visserligen upplevde personalen som trevlig vid vårdplaneringen, men att ingen lyssnade och att bedömningsituationen upplevdes som fragmenterad och förvirrande. Även andra aktuella studier har visat att arbetsformens institutionella karaktär leder till bristande delaktighet och missuppfattningar av beslut (N. Andersson, 2003; U. Andersson, 2005; Efraimsson, 2005; Ring, 2005).

## Kommunikation – en maktfaktor på olika nivåer i vårdplaneringsprocessen

Resultatet av en vård- och omsorgsplanering skapas i växelverkan mellan flera olika intressen (Dill, 1995). Den roll vårdpersonalens antar i denna förhandlingsprocess påverkar hur de uppfattar patientens/brukarens beslutsförmåga och familjens inflytande. 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 omsorgsplaneringsamtalen och det finns därför ett stort behov av reflektion över det egna kommunikativa handlandet (Efrainsson, 2005; Opie, 1998).

## Projekt i Sjuhäradssområdet

I Sjuhäradssområdet har de förbättringsarbeten som varit direkt kopplat till vård- och omsorgsplaneringen vid utskrivning från sjukhus framför allt omfattat projekt som syftar till att:

- förbättra kvaliteten på dokumentation och informationsöverföring via fax
- förbättra rutinerna för att implementera nationella och regionala anvisningar på lokal nivå
- förbättra rutinerna för att bedöma och rapportera patienternas behov av rehabilitering
- utveckla omhändertagandet och vården av gruppen multisjuka äldre genom förbättrad samordning av vården för att minska antalet inläggningar på sjukhus
- införa IT-baserat informationsöverföringssystem (KLARA).

KLARA är namnet på ett IT-stöd som kommer att ersätta den gamla fax-rutinen i VG-regionen. Syftet med projektet ligger i linje ”Nationell IT-strategi för vård och omsorg” som initierades av regeringen 2005 för att höja kvaliteten på de informationsprocesser som förekommer i samband med att patienter rör sig mellan olika delar i vård- och omsorgssystemet (Regeringskansliet, 2007). Nya gemensamma rutiner för vård- och omsorgsplanering och informationsöverföring infördes också i samband med detta (21 april 2009). Arbetet med att implementera datorstödet och hitta en gemensam tolkning av hur rutinerna för informationsöverföringen skall tillämpas, är nu (juni 2009) i full gång.

## Problemformulering

En stor del av den forskning och de utvecklingsprojekt som fokuserat på vård- och omsorgsplanering inför utskrivning från slutenvård har huvudsakligen intresserat sig för frågor kring ekonomisk effektivitet och kring administrativa rutiner. I forskning som belyst mötet mellan patienter/brukare, närstående och vårdpersonal framkommer att mötet inte i sig bidrar till att brukaren känner sig delaktig i beslutsprocessen, att samverkan mellan olika professioner och verksamheter fungerar bra eller att brukaren känner sig väl förberedd inför utskrivningen. En del av problematiken härleds till kommunikationsproblem och hinder i tvärdisciplinära möten, bland annat beroende på divergerande målsättningar samt ett organisationsstyrt perspektiv i vård- och omsorgsplaneringen. Därför bör även ett projekt med ett tydligt patient/brukarperspektiv genomföras för att studera hur det konkreta mötet mellan professionella vårdare, patienter/brukare och närstående genomförs i praktiken. Denna kunskap är betydelsefull som grund för förbättringsarbeten som syftar till att höja vård- och omsorgsplaneringsmötenas kvalitet avseende patientens delaktighet och vårdpersonalens samverkan. Centrala frågeställningar i denna studie är:

- Hur förbereder sig vårdpersonal av olika kategorier inför ett vård- och omsorgsplaneringsmöte?
- Hur upplever de mötet i allmänhet och i synnerhet när det gäller patienters och närståendes delaktighet och samverkan mellan professionsföreträdare och olika vårdgivare?
- Vilka önskemål har de om förändringar?

## SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva det samordnad vård- och omsorgsplaneringsmötet ur biståndsbedömares, sjuksköterskors, arbetsterapeuters och sjukgymnasters perspektiv.

## METOD

Studiens resultat är baserat på intervjudata som samlats in bland professionsföreträdare inom slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst, som vanligtvis deltar i VOP-möten. Insamlingen genomfördes av fyra personer (två magisterstudenter, projektledaren och projektmedarbetaren) vid olika tillfällen under perioden augusti 2008 – februari 2009. Informanterna bestod av tio sjukgymnaster och arbetsterapeuter från slutenvård och från kommunal hälso- och sjukvård, elva sjuksköterskor anställda i kommunal hälso- och sjukvård, nio sjuksköterskor anställda på sjukhus samt tio biståndsbedömare. Åldersfördelning och yrkeserfarenhet redovisas i bilaga 1. Urvalet av informanter baserades på ett bekvämlighetsurval. Den första kontakten med presumtiva informanter togs vid ett informationsmöte, riktat till kommunalt anställda biståndsbedömare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter, om den nystartade vårdplaneringsenheten på SÄS. Vid detta tillfälle presenterade projektledaren sig själv och den planerade intervjustudien. Deltagarna tillfrågades om de var villiga att bli kontaktade för att eventuellt delta i intervjustudien. En kortfattad sammanfattning av studiens syfte och genomförande lämnades vid mötet. Med hjälp av deltagarlistan från informationsmötet gjordes därefter ett urval för att få en geografisk spridning av informanterna. När det gällde urval av informanter från sjukhuset kontaktades avdelningschefer på de avdelningar som, på grund av sin verksamhetsinriktning, genomför många vård- och omsorgsplaneringar. Avdelningscheferna gav förslag på sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster som hade den yrkesmässiga yrkeserfarenhet som krävdes (minst ett års yrkeserfarenhet inklusive erfarenhet av att delta i VOP-möten) för att delta i studien.

Samtliga presumtiva informanter kontaktades per telefon och/eller via e-mail. För att kunna ta ställning till sin medverkan fick de skriftlig information om studien. Vissa verksamheter/avdelningar avböjde deltagande på grund av alltför få VOP-möten, pågående omorganisationer och/eller hög arbetsbelastning. Bland de tillfrågade informanterna var bortfallet däremot marginellt. Två sjukhusanställda sjuksköterskor besvarade inte den skriftliga förfrågan och i ett fall blev intervjun uppskjuten på grund av sjukdom men genomfördes dock i sent skede.

Informanterna hade möjlighet att välja var intervjun skulle äga rum och de genomfördes vanligtvis i ett ostört rum på informantens arbetsplats. I två fall genomfördes dock intervjun i ett rum på Högskolan i Borås. Intervjuerna tog mellan 40 – 65 minuter och fokuserade på informanternas upplevelser av att delta i vård- och omsorgsplaneringsmöten med frågeområden som berörde de faktorer som i forskningen lyfts fram som betydelsefulla för vård- och omsorgsplaneringens kvalitet (samverkan, tid, kommunikation, patient/organisationsperspektiv). En gemensam intervjuguide användes som stöd vid samtliga intervjutillfällen (bilaga 2). Först analyserades de fyra analysenheterna (det vill säga de respektive yrkesgruppernas intervjuer) var för sig utifrån en induktiv ansats, med stöd av Granheim och Lundmans beskrivning av kvalitativ innehållsanalys (Granheim & Lundman, 2004). Centrala meningsenheter som berörde hur samverkan och patienters delaktighet kom till uttryck lyftes ut ur texten och kodades. Utifrån detta material skapades sedan gemensamma subkategorier och kategorier som bildade den struktur (tabell 1) utifrån vilken hela datamaterialet kunde sammanställas.

## RESULTAT

Analysen av informanternas beskrivningar av sina erfarenheter av att delta i VOP-möten resulterade i fem kategorier: olika former för VOP-möten, uppfattningar om VOP-mötets betydelse, det ideala VOP-mötet och främjande faktorer samt problem vid VOP-mötet. Slutligen finns en del som belyser informanternas önskemål för att förbättra VOP-mötet i framtiden.

**Tabell 1. Översikt över kategorier och subkategorier**

Kategori	Subkategori
Olika former för VOP-möten	
Uppfattningar om VOP-mötets betydelse	Mötets betydelse för patienter och närstående Mötets betydelse för vårdpersonalen
Det ideala VOP-mötet och främjande faktorer	Ett tydligt patient- och närståendeperspektiv Strukturerade möten Professionell personal och tydliga yrkesroller
Problem vid VOP-mötet	Problem relaterade till patienten Problem relaterade till närstående Problem relaterade till relationen mellan patient och närstående Problem relaterade till personalen Problem relaterade till mötesform Problem relaterade till rutiner och organisation
Önskemål	

### VOP-mötets olika former

Samordnade vård- och omsorgsplaneringsmöten (VOP) genomförs på olika sätt inom Sjuhäradområdet. I princip arbetar man utifrån följande modeller:

- VOP-mötet genomförs på sjukhus där avdelningens sjuksköterska plus eventuellt rehabiliteringspersonal deltar i mötet tillsammans med patient, eventuellt närstående, biståndsbedömare samt eventuellt rehabiliteringspersonal från kommunen. Ibland deltar sjuksköterskan en kort stund på mötet och ger en information och finns därefter tillgänglig på avdelningen för frågor vid behov.
- VOP-mötet genomförs på sjukhus där vårdplaneringsenhetens sjuksköterska deltar i mötet tillsammans med patient, eventuella närstående, biståndsbedömare samt eventuellt rehabiliteringspersonal från kommunen. Vårdplaneringssjuksköterskan har förberett sig genom att ta kontakt med patienten och vårdpersonalen på avdelningen.
- VOP-mötet genomförs på sjukhus med ett multidisciplinärt team från kommunen specialiserat på vård- och omsorgsplanering. Teamet förbereder sig genom att genomföra ett ”förmöte” med sjuksköterska på sjukhuset där medicinsk rapportering och annan information som inte anses vara viktig att ta upp med patienten avhandlas. Sjuksköterskan från avdelningen deltar sedan inte i mötet med patienten.
- VOP-mötet genomförs i patientens hem/på korttidsboende. Vårdplaneringsteamet förbereder sig genom att ha en telefonvårdplanering i form av ett flerpartsamtal mellan kommunens personal; biståndsbedömare, sjuksköterska och arbetsterapeut och sjukgymnast samt sjukhusets vårdplanerings-

sjuksköterska på avdelning. Telefonvårdplaneringen pågår ca 20 minuter. Patienten är inte delaktig i det samtalet, däremot har biståndsbedömaren samtalat med patient och närstående innan i telefon om patientens önskemål och behov inför utskrivning från sjukhuset. Eventuellt genomförs även ett ”förmöte” på korttidsboendet. VOP-mötet genomförs sedan i etapper där inte all personal deltar samtidigt. Däremot har vårdpersonalen gemensam dokumentation.

Vanligtvis genomförs ett VOP-möte så att sjuksköterskan på avdelningen rapporterar om vad som hänt under vårdtiden och hur patienten mår och vad han/hon kan för tillfället. Ibland lämnar sjuksköterskan mötet efter det. Därefter tar biståndsbedömaren vid och håller i mötet. Deltagarna diskuterar behov av hemsjukvård/primärvård och eventuella behov av medicinering med mera. Biståndsbedömaren är den som fattar formellt beslut de sociala insatserna, genom bedömning av patientens status i förhållande till deras hemmiljö. Bedömningen av vilka åtgärder som skall vidtas sker i samverkan med sjukhuspersonalen men avgörs av kommunens personal.

Vårdpersonalens roller vid VOP-mötet fördelar sig på följande sätt:

- Biståndsbedömaren har ett ansvar för att hämta in information för den grova planeringen inför hemgången skall kunna genomföras. Yrkesansvaret innefattar en myndighetsroll som innebär att de fattar beslut enligt socialtjänstlagen medan resten av deltagarna bidrar med kunskap och information.
- Sjuksköterskan på avdelningen ger medicinsk information och berättar om omvårdnaden på avdelningen. Vid VOP-mötet kan det vara sjuksköterskan som inleder, ibland tillsammans med patienten, om patientens vårdtid och dess innehåll.
- Arbetsterapeuten på sjukhuset beskriver att hennes uppgift huvudsakligen är att beskriva patientens aktivitetsförmåga och tidigare problem, situationen ”just nu”, om patienten behöver hjälp vid dagliga aktiviteter eller om det finns behov av hjälpmedel. Sjukgymnasten på sjukhuset har till uppgift att beskriva patientens aktuella tillstånd när det gäller gångförmåga, förflyttningar, vad man har tränat och patientens fortsatta behov. Sjukgymnasten är ofta inte med hela mötet utan deltar bara i samtalet som rör det mest relevanta ur ett sjukgymnastperspektiv.
- Arbetsterapeuten från kommunen har som uppgift att bidra med beslutsunderlag för biståndsbedömaren genom att ställa frågor utifrån sitt yrkesperspektiv. Arbetsterapeuten söker därför information om patientens tidigare funktionsförmåga, vad som hänt, vad patienten kan och berättar vilka resurser som kan erbjudas. På samma sätt arbetar sjukgymnaster från kommunen.
- De kommunalt anställda sjuksköterskornas ansvar är att ta emot information och ställa frågor som har betydelse för framtida hemsjukvårdsinsatser.

Sjuksköterskan på sjukhusavdelningen informerar patienten muntligt och skriftligt om tid och plats, hur mötet kommer att gå till och vad man kan ta upp samt informerar avdelningens arbetsterapeuter och sjukgymnaster skriftligt om att ett VOP-möte är planerat. Det är vanligt förekommande att sjuksköterskorna förbereder sig inför VOP-möten genom att läsa journalanteckningar, skriva ut läkemedelslista och eventuellt också ADL-status i de fall då arbetsterapeut eller sjukgymnast inte har möjlighet att närvara. Ibland inhämtas även information från undersköterskan om aktuella omvårdnadsbehov. Rehabiliteringspersonalen på sjukhuset känner ofta patienten väl eftersom de haft individuell kontakt med patienten i samband med träning. Som en del av förberedelserna görs en genomgång av vad som gjorts på avdelningen och en sammanställning av patientens aktuella funktionsförmåga. Eventuellt görs hembesök och ibland diskuterar avdelningspersonalen om patientens behov före mötet. Ibland samtalar man med patienten som kan vara orolig inför VOP-mötet.

Att förbereda sig inför vårdplaneringsmöten beskrivs av biståndsbedömarna som en naturlig del av processen. Man tar del av faxmeddelande 1 och underlag inför samordnad vårdplanering, därefter kontaktas sjuksköterska på avdelningen och vanligtvis kollegor i kommunen; sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast för att diskutera inför mötet. Någon beskriver i stället vikten av att komma till en vårdplanering förutsättningslöst och undvika förutfattade meningar om patienten. Mer tid till förberedelse kan eventuellt behövas om hemmet behöver ställas i ordning till exempel med tekniska hjälpmedel. Ofta kan biståndsbedömaren själv styra dag för vårdplanering.

Sjukgymnasten i kommunen undersöker om patienten är inskriven i hemsjukvården. I förberedelsearbetet ingår att läsa på i journalen, tittar i hjälpmedelsystemet om det finns behov av fler eller andra hjälpmedlen och ringer upp avdelningen om hon behöver mer information. Sjuksköterskan på vårdavdelningen kontaktas när det gäller mer allmän information som söks, annars kontaktas sjukgymnast eller arbetsterapeut. Därefter tar hon ställning till om hur viktigt det är att hon deltar i VOP-mötet. Viktig information är badrummets utseende, hur patienten kan komma till toaletten, hygienmöjligheter, sängen, trösklar, fallrisker, vad patienten klarar själv och hur mycket stöd och hjälp den behöver, hur trångt det är, möjlighet att använda rullator, rullstol, trappor/hiss, hur hemmet kommer att fungera som arbetsmiljö. Arbetsterapeuterna från kommunen beskriver att de förbereder sig genom att ta kontakt med kollegorna på sjukhuset för att få veta om patienten vill komma hem och hur det skulle fungera. Behov av träning skall kunna erbjudas, eller hjälpmedel förberedas. Ibland har man pratat ihop sig med den övriga personalen från kommunen innan mötet.

Ett multidisciplinärt team specialiserat på vårdplanering beskrev att rehabiliteringspersonalen varje morgon träffas och tittar på nya faxmeddelanden. Frågetecken noteras, exempelvis om ADL-rutan inte är markerad. Teamet bedömer vem som behöver vårdplaneras av rehabiliteringspersonalen. Man tar sedan telefonkontakt med kommunsjuksköterskan, bokar tid och diskuterar vad som framkommit i faxmeddelandet. Kommunsjuksköterskan kontaktar avdelningens sjuksköterska för att boka tid för mötet. På så sätt sker den första kontakten mellan kollegor som talar "samma språk". Sjuksköterskan i kommunen arbetar också heltid vilket gör att det finns en kontinuitet i mötet med sjukhusets personal. Kommunens sjuksköterska och biståndsbedömaren har ett möte med rehabiliteringsteamet varje dag, sen går man tillsammans till de VOP-möten som är inbokade på lasarettet.

## **Uppfattningar om vård- och omsorgsplaneringsmötets betydelse**

Informanterna lyfte generellt upp att mötet innebär att olika personer får tillfälle att ge och ta emot information om patientens vård- och omsorgsbehov. Genom att föra en allmän diskussion får patienter och närstående en samlad bild av läget innan patienten skrivs ut. Mötet beskrevs också som en möjlighet att förbättra patienters och närståendes upplevelse av kontinuitet, trygghet och säkerhet vid övergången från sjukhus till öppen vård genom att det blir ett personligt möte med den personal som tar vid.

### **Mötets betydelse för patienter och närstående**

Informanterna ansåg att VOP-möten behövs för att patienterna och deras närstående ska få möjlighet att säga det de vill. Det beskrevs som en värdefullt för patienterna att få information om vilka möjligheter det finns för den fortsatta vården och att det skapar möjligheter för patienter och närstående att känna sig mer delaktiga

Närstående beskrevs som ganska aktiva under mötet och många gånger har de och patienten pratat ihop sig i förväg. De frågar ofta om vilka träningsmöjligheter som finns, var korttidsboendet finns och är angelägna om att det ska ligga så nära den närståendes bostad som möjligt. Informanterna tyckte generellt att det är bra om närstående är med som stöd för patienten. De känner patienten väl och har värdefull information att bidra med vid bedömningen av vårdbehov och kommande vårdinsatser. Mötet kan underlätta samverkan med patienter och närstående eftersom de då får träffa samma rehabiliteringspersonalen som kommer att

möta patienten hemma. VOP-mötet beskrevs också som ett forum för att lösa praktiska arrangemang, till exempel kan rehabiliteringspersonalen få tillgång till patientens bostad före hemgången och genomföra vissa förberedelser.

## Mötets betydelse för vårdpersonalen

Enligt informanterna prioriterar vårdpersonalen på sjukhuset och i kommunen sitt deltagande i VOP-möten på något olika sätt beroende på verksamhetens policy och de resurser som finns tillgängliga. Sjuksköterskorna inom slutenvården beskrev att de såg som sin uppgift att ge information om den vård som patienten fått och eventuella behov av fortsatt vård, både till patient och närstående inför mötet och till deltagarna vid VOP-mötet. Vid behov hjälper hon till att föra patientens talan vid VOP-mötet då hon oftast före mötet satt sig in i vilka önskemål patient och anhöriga har inför fortsättningen. Sjuksköterskor på sjukhus ansåg också att deras roll vid VOP-möten förändrats sedan ett par år tillbaka och att deras medverkan inte längre var lika självklar och efterfrågad. Sjuksköterskorna ansåg att de tidigare hade en mer aktiv roll, som också innebar att ge råd inför den fortsatta vården, men att de nu fått ta ”ett steg tillbaka” som en informant uttryckte det.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster på vissa sjukhusavdelningar beskrev att de förväntades delta i alla VOP-möten och att det sågs som ett tillfälle för att bidra med information om de patienter som man arbetat mycket med på sjukhuset. En informant poängterade att det är viktigt att hitta en individuell lösning för patienten och att mötet inte bara blir en överrapportering.

För den kommunalt anställda personalen var VOP-mötet ett viktigt forum för att få information om vilka patienter som finns i distriktet. Kommunens arbetsterapeuter och sjukgymnaster framhöll att de fick ett ansikte på patienten och en bild av patientens rehabiliteringspotential under mötet. En sjukgymnast från en kommun berättade att, även om biståndsbedömaren gärna vill att sjukgymnasten deltar vid alla VOP-möten för att få ett bra beslutsunderlag, var man av resursskäl tvungen minimera antalet möten och istället välja att ta telefonrapport från avdelningen. Den prioriteringsordning de arbetade utifrån innebar att framför allt delta i VOP-möten som gällde nyinskrivna och okända patienter och patienter som fått en ny stroke. Därutöver prioriterades möten med patienter med behov av stora rehabiliteringsinsatser och där kommunens rehabiliteringspersonal ansåg att det var viktigt att vara med från början. Man prioriterade också att delta i möten där bilden av patienten inte var tydlig. Kommunalt anställda arbetsterapeuter beskrev VOP-mötet som ett tillfälle att ställa ur ett rehabiliteringsperspektiv relevanta frågor till sjukhuspersonalen för att på så sätt bidra till ett bra beslutsunderlag för biståndsbedömaren. En informant ansåg att det var viktigt att vara med när beslutet tas och att personalen får gemensam information.

## Det ideala VOP-mötet och främjande faktorer

Det ideala VOP-mötet och faktorer som främjar detta hör enligt informanterna samman med ett tydligt patient- och närståendeperspektiv, att mötet är väl strukturerat samt att personalen arbetar på ett professionellt sätt och att yrkesrollerna är tydliga.

## Ett tydligt patient- och närståendeperspektiv

Enligt informanterna tillhör många äldre personer en generation som är van att klara sig själv och som inte vill vara till besvär. Biståndsbedömarna ansåg att de vid VOP-mötet i vissa fall behöver hjälpa dem som är väldigt försiktiga eller så tacksamma att de inte vågar be om hjälp. En informant beskrev det som att ”nästan tvinga på patienten hjälp när behovet finns”. Informanterna framhöll att det är värdefullt att närstående



deltar och framförallt när gäller patienter som inte riktigt kan föra sin talan. Men de närstående är delaktiga på patientens villkor. Det poängterades av flera informanter att det är viktigt att patienten behandlas som huvudperson under mötet och upplever sig sedd som en individ, känner sig respekterad och att han/hon fått vara med och bestämma. Exempelvis kan sjuksköterskan på avdelningen fråga patienten om det går bra att hon ger deltagarna på mötet information om vad som har hänt eller uppmana patienten att avbryta; ”avbryt mig om det är något jag säger som är fel eller konstigt”. En annan informant väljer i stället att låta patienten inleda och ge sin bild av sjukhusvistelsen, vad han kommit in för o s v. Ett annat exempel är att i slutet av VOP-mötet läsa upp den skriftliga sammanfattningen av vad som bestämts på mötet så att alla på mötet får samma information.

Ytterligare ett sätt att främja patientens delaktighet vid vårdplaneringsmötet är, enligt informanterna, att uppmuntra och hjälpa patienten att skriva ner frågor inför mötet. Det beskrevs som betydelsefullt att patienten har funderat över hur han vill ha det vid utskrivning. På grund av de korta vårdtiderna blir patienten ofta överrumplad av det faktum att han/hon är utskrivningsklar. Om patienten inte är redo ”i tanken” kan det kännas som att VOP-mötet kommer hastigt på.

Informanterna beskrev vidare att de har ett ansvar för att skapa ett lugn under mötet, att känna av patientens önskemål och att få en bild av närståendes situation och inställning till utskrivningen. Finns där uttryck för oro eller skuldängslor till exempel? Yrkesansvaret innebär enligt informanterna att ha en dialog med närstående, att involvera dem, ge information och att svara på frågor. Det ansågs vara bra för kommunens rehabiliteringspersonal att ha träffat patienten innan utskrivning, men mycket information kan fås på annat sätt, exempelvis genom rapporter. VOP-mötet ger därutöver en helhetsbild av patienten och aktuella vårdbehov:

*Sjukgymnast (kommun): .... Finns det möjlighet att inhämta informationen på ett annat sätt så försöker vi göra det också, sen är det jätteviktigt med det personliga mötet. Men det kanske är viktigare att vi möter upp precis när dom kommer hem, i hemma miljön. Mer grundligt status och allt det här, det gör man när dom kommer hem, när man kan ta det öga mot öga i lugn takt. En ren epikris med hur många grader dom kan böja å sträcka benet, det kan man få ändå utan det är mer liksom helhetsbilden man är ute efter på vårdplaneringen.*

Informanterna ansåg att närståendes roll i vård- och omsorgsplaneringen är viktig och att de oftast är ett stöd för patienten. Under VOP-mötet intar de ofta en mer tillbakadragen roll och låter patienten själv träda fram. De väljer att bryta in i samtalet enbart när något inte verkar relevant eller stämmer. I datamaterialet framkom det att det som professionell är viktigt att åstadkomma en öppen dialog för att undvika att närstående etiketteras som ”besvärliga”, när de egentligen kanske bara är oroliga eller har rimliga krav:

*Arbets terapeut (kommun): Man pratar om besvärliga närstående men jag tror att vi har patienter som har ”besvärliga närstående”, inom citationstecken. Det finns ju undantag men i allra flesta fallen känner (närstående) att ”mamma kommer å få rehabilitering”, eller att vi möter upp och att dom är delaktiga och känner sig trygga så brukar det bli bra, då kan dom släppa ansvaret lite grann å känna att ”Jo, men det löser sig”. Så jag tror att (personalen skall) försöka få närstående delaktiga, så man inte liksom: ”Bry du dig inte om detta!”, utan försöka få med dom en bit så kan dom släppa det sen.*

VOP-mötet kan också bli ett stöd för de närstående, ansåg informanterna. Många gånger tar de ett stort ansvar i vården av sina närmaste och det är inte ovanligt att de kommer helt utmattade till vårdplaneringsmötet och är i behov av avlastning och stöd. Personalen ger dem möjlighet att ventilerka känslor om patientens förändrade hälsoläge och en ny livssituation. Biståndsbedömare kan också erbjuda olika insatser för att hjälpa närstående.

Det är sjukhusets ansvar att kalla närstående till vårdplaneringsmöte när patienten så önskar. Det har hänt att närstående inte blivit informerade om att vårdplaneringsmötet ska äga rum och då har mötet ställts in. I de fall då närstående saknas brukar sjuksköterskan på avdelningen vara med under hela VOP-mötet, till stöd för patienten.

Vid behov av tolk är det sjuksköterskan på avdelningen som tar kontakt, men samtliga informanter uppgav att det är relativt ovanligt att det efterfrågas vid VOP-möten. Det är däremot mer vanligt vid samtal med läkare. Ibland tolkar patientens närstående vid VOP-möten om det finns behov. Enligt iakttagelser från en informant genomförs inte VOP-möten lika ofta när det gäller äldre personer med invandrarbakgrund eftersom närstående ofta själva tar hand om de gamla i hemmet.

## Strukturerade möten

I vård- och omsorgsplanering sker en ständig kommunikation och många budskap förmedlas. Kommunikationen sker på flera olika nivåer inom och mellan grupper av personer. Målet med mötet är att patienten ska förstå vad som sägs och händer, att man lyssnar till de närstående och att det blir ett lugnt möte. Genom att mötet blir strukturerat, informativt och lyhört ökar patientens delaktighet. Vid det ideala mötet avgör patienten i hög grad vad man talar och att det framkommer hur patienten känner sig och vad han/hon vill. Man behöver repetera vad som sagts och en muntlig och skriftlig sammanfattning i slutet mötet där beslutet framkommer är värdefull. Skriftlig information där personalens namn och kontaktuppgifter finns är också bra.

Flera av informanterna beskriver att de arbetar utifrån en strukturerad kommunikationsmodell där biståndsbedömaren är den som håller i mötet och på så sätt är en inofficiell ordförande. Den rollen beskrivs som naturlig eftersom biståndsbedömaren är den som tar beslut om insatser utifrån socialtjänstlagen på mötet. Biståndsbedömaren inleder då med en presentation av sig själv och varför man håller mötet. Andra informanter beskriver att mötet kan inledas genom att sjuksköterskan på avdelningen för en dialog med patienten där de beskriver vad som har hänt patienten och det som rör sjukhusvistelsen. Vissa team arbetar utifrån en manual som ger en struktur över kommunikationen och information under VOP-mötet. Besluten om olika insatser för patienten ska vara målinriktade och utgå från vad patienten vill med insatserna. Vid avslutningen av vårdplaneringsmötet sker en muntlig sammanfattning av vad som beslutats och framkommit för att alla ska ha hört samma sak och vara medvetna om besluten.

En bra kommunikationsprocess kännetecknas av att informationen är kortfattad och tydlig, att man förklarar varför man är där och hur lång tid mötet kommer att ta. Det är värdefullt om patienten får börja tala när mötet startar och att vårdpersonalen lyssnar. Man talar en och en under mötet. Under samtalet talar personalen till patienten, vänder sig till patienten, ställer frågor till patienten och låter patienten berätta. Övriga deltagare fyller i berättelsen. En viktig förutsättning för ett bra möte är att patienten hör. Under mötet skall språket vara enkelt med korta ord och bara det nödvändigaste innehållet. Tydlighet är viktigt liksom att se till att man kommer framåt i samtalet samtidigt som man ger patienten tid till att tänka efter och att svara på frågorna som ställs till honom. Det är viktigt att patienten själv fattar beslut med stöd av personalen. Detta kräver en medvetenhet hos personalen, men informanterna ansåg att övning ger färdighet och att det är viktigt med kontinuerlig utveckling i arbetssättet för att upprätthålla och höja kvaliteten på VOP-mötena.

VOP-mötet bör enligt informanterna inte vara för långt och om alla deltagarna på vårdplaneringsmötet är förberedda behöver mötet inte heller ta så lång tid. Mötestiden pågår generellt mellan 30 minuter och en timma, enligt informanternas beskrivning, men kan också vara avklarad på tio minuter alternativt pågå längre än en timma. Det är vanligt att patienten har fått kort muntlig och skriftlig information av sjuksköterska på sjukhuset inför mötet. Dock behövs tid för att noggrant kartlägga patientens behov och önskningar. Det går ofta fortare när patienten redan är känd hos kommunen, medan det vid nya kontakter finns fler uppgifter att stämma av. Det specialiserade vårdplaneringsteamet har tidsbegränsat VOP-mötet till cirka 30 minuter, även

om de är flexibla när det uppstår komplexa och svåra situationer under mötet. Fördelen med att tidsbegränsa mötet är, enligt vårdplaneringsteamet, att det undviks "ältande" som inte leder fram till något annat än vad som först beslutades. Det är dock viktigt att det finns tid för att i lugn och ro kunna ta eventuella konflikter som kan uppstå. Antalet personer som medverkar, samt deras förhållningssätt och personligheter, påverkar också hur långt vårdplaneringsmötet blir.

VOP-mötet upplevdes bli bättre om det finns en bokad lokal som är avsedd för mötet och att placeringen av deltagarna i vårdplaneringsrummet är sådan att uppmärksamheten riktas mot patienten:

*Sjuksköterska (kommunen): "Jag måste ändå säga det att jag upplever att man många gånger försöker verkligen att prata till patienten och att de flesta faktiskt gör det. Försöker att sätta sig runt, rikta sig och försöker att patienten inte ska känna sig utanför."*

Enligt informanterna är det vanligt att sjuksköterskan på avdelningen och biståndsbedömaren håller ett kort "eftermöte" i anslutning till VOP-mötet, för att stämma av det som beslutats. Det förekommer också att sjuksköterskan från kommunen kontakter sjuksköterskan på avdelningen, efter det att patienten överflyttats till kommunens vård och omsorg, för att få ytterligare information.

Ibland kan det, enligt informanterna, vara lättare för patienten att komma till tals hemma. När mötet sker i patientens hem vågar de uttrycka sin vilja mer och hamnar inte i samma underläge som på sjukhuset. Mötet blir inte lika formellt utan patienten förefaller mer bekväm och aktiv. För sjuksköterskan innebär det att komma som gäst till dennes hem och respektera patientens vanor och bruk. Patientens vardagsvärld blir synlig till skillnad från under sjukhusvistelsen där sjukhuskläder och sjukhusmiljö hindrar personen att framträda.

## Professionell personal och tydliga yrkesroller

Informanterna betonade i intervjuerna betydelsen av att visa att man arbetar gemensamt för att lösa de problem som finns för att få vården att fungera efter sjukhustiden. Man skapar så sätt en trygghet för patienter och närstående. Den kommunalt anställda vårdpersonalen framhöll att idealet är att ingen yrkesgrupp är budbärare åt någon annan. Till exempel bör inte biståndsbedömaren bära med sig hälso- och sjukvårdsinformation. I idealsituationen är varje yrkesgrupps ansvar tydligt och olika professionsföreträdare kan inte lova vad de andra ska göra. Det förekommer dock enligt informanterna att arbetsterapeuter och sjukgymnaster täcker upp för varandra. I yrkesansvaret ingår det, enligt en arbetsterapeut från kommunen, att ta sin plats på VOP-mötet, inte bara vänta och tro att det ska bli bra. Ledarskapets syn på vård- och omsorgsplaneringens betydelse påverkar också verksamheten. Om det finns en frihet i arbetet och en grundläggande förbättringsideologi inom verksamheten är det positivt även i detta vårdssammanhang.

Ett bra samarbete med kollegorna mellan den öppna och slutna vården främjar VOP-mötet liksom en god team-samverkan inom kommunen. Informanterna från slutenvården betonade betydelsen av samarbetet med arbetsterapeuter och sjukgymnaster då de ofta känner patienten väl. Detta samarbete har stor betydelse för helhetssynen på patienten och inte minst för utgången av VOP-möten eftersom rehabiliteringen ofta fortsätter efter patientens utskrivning från sjukhuset.

Inför VOP-mötet är det värdefullt att man som biståndsbedömare etablerar en bra dialog redan i telefonen med avdelningssjuksköterskan och att man kommer till mötet förutsättningslöst:

*Biståndsbedömare: "...jag tänker så här att det är ett samarbete och att det ska bli bra och jag gör allt jag kan för att det ska bli bra, visar på servicemindedness. Sen tror jag att dom på sjukhuset märker att man vill att det ska bli bra och att de kan höra av sig mer frågor och det finns ju inga dumma frågor utan*

*man försöker vara behjälplig med allt som de frågar om....”*

Om förberedelserna varit ordentliga, för både personal och närstående/patienter främjar det samarbetet under VOP-mötet. Biståndsbedömarna beskrev i intervjuerna samarbetet med sina kollegor i kommunen som aktivt och nödvändigt. Det förekommer regelbundna telefonkontakter eller möten för att planera inför och efter vårdplaneringsmöten med kollegorna och i vissa fall har man gemensam arbetsplats. Det är vanligt att man samåker till vårdplaneringsmöten och då finns också möjlighet att diskutera.

Biståndsbedömaren beskrevs i datamaterialet som en nyckelperson som kan göra skillnad vid VOP-möten. De kommunalt anställda sjuksköterskorna ansåg att biståndsbedömarna generellt sett har ett professionellt förhållningssätt när det gäller att bedöma patientens behov, såväl fysiska, psykiska och sociala. Den professionella biståndsbedömaren är, enligt informanterna, öppen, lyhörd, tar in patienten i samtalet samt informerar om vad kommunen kan erbjuda när patienten kommer hem. Det krävs av biståndsbedömarna en förmåga att skapa en dialog där deltagarna utbyter åsikter, jämkar och kompromissar för att komma överens fram till en så bra lösning möjligt.

Biståndsbedömaren är myndighetsutövare som fattar beslut enligt socialtjänstlagen som kan överklagas. De uttryckte i därför i intervjuerna en tydlig önskan om att själva få informera patienterna om vilka insatser som kan bli aktuella efter utskrivning från sjukhuset. Ofta är situationen sådan att det saknas platser för korttidsvård och i särskilda boenden, vilket gör att närståendes uttrycker sin frustration vid mötet. Biståndsbedömarna ansåg själva att de försöker ta närståendes åsikter i beaktande, men de återkom till frågan om vad som är deras huvudansvar och betonade att beslut om insatser inte kan tas utifrån närståendes dåliga samvete eller rädsla för hur patienten ska klara sig efter utskrivning. Ibland kan kommunen erbjuda plats på korttidsboende och särskilt boende för mycket otrygga och ängsliga patienter, men vid platsbrist är det denna grupp som först måste lämna platserna.

De kommunalt anställda sjuksköterskornas samarbete med biståndsbedömarna beskrevs som nära och att det bygger på respekt för varandras områden och en helhetssyn på patienten. Samarbetet kan dock, enligt informanterna, försvåras av att sjuksköterskor och biståndsbedömare ibland talar olika språk beroende på deras skilda ansvarsområden. Sjuksköterskorna beskrevs som mer inriktade mot sjukdom, medan biståndsbedömarna är mer uppmärksam på frågor kring social aktivering. Om inte biståndsbedömaren och sjuksköterskan känner varandra kan en osäkerhet och irritation uppstå beroende på deras olika uppfattningar om vad de anser vara lämpligast för patienten. I datamaterialet framkom att vissa sjuksköterskorna förklarar motsättningarna utifrån bristande medicinsk kunskap bland biståndsbedömarna. De försöker i så fall förtydliga sin ståndpunkt utan att ställa till med någon konflikt under själva vårdplaneringsmötet.

Bland biståndsbedömarnas intervjuer framkom att de ansåg att vissa sjuksköterskor på vårdavdelningarna lämnar fantastiska rapporter och gör tydliga beskrivningar av vårdtiden. Däremot framkom också önskemål om att sjuksköterskorna skulle visa mer förtroende för kommunens förmåga att ta över vårdansvaret för den blivande brukaren och lita mer på att biståndsbedömarens förmåga att fatta beslut. De ansåg att det därför ibland kan räcka om sjuksköterskan på sjukhuset enbart lämnar en kortfattad information och finns med på mötet för att svara på medicinska frågor. Eftersom kommunen ansvarar för den fortsatta vårdplaneringen behöver sjuksköterskan på avdelningen inte lägga mer tid på mötet. Sjuksköterskan i kommunen har en annan roll enligt biståndsbedömarna. Hon eller han har ansvar för att vården fungerar för personen i hemmet. Kommunalsjuksköterskan har oftast många vårdtagare samtidigt och arbetar därför mycket genom hemtjänstpersonalen. Biståndsbedömarna tyckte därför att det är bra om sjuksköterskan är med på VOP-mötet för att ta del av den medicinska informationen och för att, vid behov, kunna förklara på ett sätt som patienten förstår.

I datamaterialet framkom att kommunens arbetsterapeuter och sjukgymnaster har behov av tidig och anpassad information för att kunna förbereda sina insatser till patienten efter utskrivningen. Om informa-

tionsöverföringen från lasarettet sker tidigt, blir det möjligt att förbereda hemgången bättre. Till exempel kan hjälpmedel rekvireras och nödvändiga förändringar i hemmiljön göras. De vill inte bara ha medicinsk information vid VOP-mötet utan vill också veta exempelvis om arbetsterapeut eller sjukgymnast varit inkopplad på avdelningen. Det är viktigt att patientens rehabiliteringsbehov är bedömda och helst bör skriftlig information om detta finnas. Om patienten har vårdats på rehabiliteringskliniken har arbetsterapeut och sjukgymnast tränat patienten under en tid och har en bild av patienten. Den aktuella ADL-bedömningen som är gjort inför VOP-mötet ger, enligt informanterna, ofta en helt annan information än det ADL-status som fyllts i på underlag till faxmeddelande<sup>1</sup>. På rehabiliteringsavdelningarna är arbetsterapeut och sjukgymnast mer aktiva än sjuksköterskan på avdelningen.

Det beskrevs som viktigt för patientens motivation att få veta att det finns alternativ till en korttidsplats. En arbetsterapeut i kommunen gav exempel på hur patientens glädje över att få komma hem kan leda till att rehabiliteringen underlättas. Informanterna framhöll också betydelsen av rehabiliteringspersonalens bedömningar som ett stöd för biståndsbedömarens beslut. Informanterna ansåg vidare att det vid VOP-mötet blir tydligt vilken hjälp patienten behöver i fortsättningen, vilket bidrar till att garantera säkerheten för patienten efter utskrivningen. De beskrev också betydelsen av att patienter och närstående får den här informationen och att de får ett ansikte på och en relation till rehabiliteringspersonalen i kommunen. På så sätt kan patienten snabbt få god vård hemma med rätt insatser.

*Arbetsterapeut (kommun): Om vi säger en patient som man har träffat på lasarettet och så vet jag att du har svårt med förflyttningar, ja då kan jag möta upp. Jag vet vad jag ska ha med mig för grejer och jag vet hur förflyttningarna fungerar. Då kan man liksom träna in det snabbt när dom kommer hem och sen går man därifrån. Alltså man kan inte vara där så länge den första dan. Och sen kan man rapportera till hemtjänstpersonalen och det ger trygghet för vårdtagaren eller patienten. Har jag inte nån information om patienten så blir det att man är osäker och får fråga mycket i en situation där patienten är väldigt. Är jag då osäker och frågar mycket hur det här, nu måste vi kolla här, ja då måste springa å hämta mer hjälpmedel, det blir en väldigt rörig situation*

En faktor som nämns som betydelsefull för VOP-mötets kvalitet är att mötet genomförs av personal som är specialiserad på uppgiften. I en kommun beskrivs att en kvalitetshöjning skedde i och med att en tjänst som vårdplaneringssjuksköterska inrättades. Informanterna ansåg att det blir en kontinuitet när samma person deltar på vårdplaneringar. Personalen från en kommun del beskrev att i och med att vårdplaneringsenheten på startade SÄS i Borås, infördes även nya rutiner i kommundelen. Den nya rutinen innebär att den kommunalt anställda personalen samordnar sig bättre innan VOP-mötet. Följden har blivit en förbättrad kommunikation i den egna organisationen. I och med vårdplaneringsenheten på SÄS inrättades, förändrades även VOP-mötena på de vårdavdelningar som är berörda. Informanterna ger olika bilder av att samarbeta med vårdplaneringsenheten. Positiv synpunkter från informanterna är att vårdplaneringssjuksköterskan vanligtvis deltar under hela mötet. Vissa informanter ansåg också att samverka med vårdplaneringssjuksköterskan fungerat bättre jämfört med andra avdelningar. Informanterna ansåg att vårdplaneringssjuksköterskan bidrar med relevant information och lämnar aktuella bedömningar från arbetsterapeut och sjukgymnast. Vårdplaneringsenheten har också hanterat faxrutinerna är på ett tydligt sätt enligt informanterna. Negativa erfarenheter som framkom i datamaterialet var brister i informationen, där informanterna i vissa fall uppgav att de inte upplevde att mötet tillfört mer än vad som framgått av faxmeddelande 1. En annan nackdel som beskrevs var problem med tillgängligheten. Det kunde vara svårt att hitta en mötestid eller att nå vårdplaneringssjuksköterskan per telefon.

## **Problem vid VOP-möten**

De problem som lyftes upp av informanterna i datamaterialet var relaterade till patienten, närstående och

till relationen mellan dem. Det beskrevs också problem som var relaterade till personalen, mötesformen samt till rutiner och organisation.

## Problem relaterade till patienten

I intervjuerna framkom det att äldre patienter sällan ställer krav utan är fogliga och tacksamma för den hjälp som fås. Patienten är ofta den som är tystast och inte säger så mycket vid VOP-mötet. Informanterna såg det som en generationsfråga och erfarenheter har visat att patienter tar inte alltid emot den hjälp som planerats vid VOP-mötet. Istället hjälper hustrun till mer än planerat. En sjukhusvistelse är många gånger en omvälvande situation och patienterna kan ha en nedsatt insikt i vad som hänt. Vissa patienter vet inte hur de vill ha det i framtiden och lämnar över det beslutet till närstående eller personal som de har förtroende för. Andra patienter vill gärna få korttidsvård efter sjukhusvistelsen för att ytterligare återhämta sig, vilket inte alltid är möjligt. En sjuksköterska från sjukhuset uttrycker att:

*”... det går inte att ordna (korttidsplats) eller biståndsbedömaren kanske anser att de (patienten) är ändå lite för bra för att få komma till nåt boende så. Så att det är väl oftast i de fallen tycker jag som de kanske inte är riktigt nöjda då. Men eh, då brukar det ju bli hemtjänst i stället å det är väl inga som är direkt missnöjda heller men att de kanske hade hoppats på nånting annat.*

Ett annat problem som förekommer vid VOP-möten är att patienterna får för lite utrymme, har svårt att tala eller blir inte lyssnade till. Patienter och närstående är ofta maktlösa, ansåg en sjukgymnast på sjukhuset. Patienterna är ofta mycket utsatta och oroliga inför vad som ska hända när de kommer hem men vid vissa möten kan det vara svårt att få klarhet i vad patientens önskemål är. De har ibland önskemål eller problem som inte uttalas öppet vid mötet men som ändå är viktiga för beslutet. Det beskrevs också som ett problem om patienten inte är kognitivt klar. Personer med nedsatt insikt är en stor grupp och det kan vara känsligt att ta upp frågor som hör ihop med att vissa patienter överskattar sin egenvårdsförmåga. Om biståndsbedömaren då enbart lyssnar till patienten finns risk för att bedömningen blir orealistisk.

Informanternas erfarenheter var att patienterna ofta är tystare om de är generade eller besvärade av någon anledning. Risken är då att man pratar *om* patienten istället för *med* honom/henne. Om patienten är sjuk, trött eller har nedsatt hörsel kan det också vara svårt att vara delaktig i samtalet. Ibland ger också patienten intryck av att vara piggare än han/hon egentligen är.

*Arbetsterapeut (sjukhus): Alltså, det är ju en utsatt situation så dom är ju ett underläge. Som patient är man sjuk och så har man proffs som sitter runt om på något vis som är så kunniga och driver saker hit å dit, kommer med förslag och idéer, dom är mer insatta så ju. Så jag tror inte det är så himla lätt och ju fler personer det är rummet också desto svårare är det ju. Människor som man aldrig sett förut och man inte känner och har inte koll på deras uppgift och ”vad är det dom kan” och ”vad är det dom sysslar med”. Jag tror att det är inte så lätt att vara i patientens situation.*

Ibland har patienten inte förstått att det är dags för utskrivning. Patienterna är ofta dåligt förberedda och vet inte vad det innebär att kommunen ska ta över eller vad personalen har för arbetsuppgifter. De behöver därför både skriftlig och muntlig information av patientansvarig sjuksköterska. Patienten tror ibland att de inte har några rättigheter och det kan vara svårt för patienten att ta ställning till framtiden eftersom de inte vet hur det kommer att fungera i verkligheten.

*Sjukgymnast (kommun): Den största bristen nu det tror jag är att dom får inte tillräckligt med information innan av sjuksköterskan som skickar faxen. Dom är knappt medvetna om att dom är utskrivningsklara, dom vet inte vad det innebär alls att kommunen ska ta över så att alltså där tror jag att man inne på SÄS måste lägga mer tid.*

## Problem relaterade till närstående

Vissa närstående är, enligt informanterna, förberedda inför VOP-mötet, andra inte och de är mer eller mindre aktiva under mötet. Äldre närstående accepterar ofta emot den vård eller de insatser som erbjuds medan de yngre är mer ifrågasättande, ställer högre krav och har fler önskemål. Ett problem som beskrevs av en arbetsterapeut på sjukhuset är stridbara närstående. Med detta menades närstående som är väldigt bestämda och som har en strategi redan innan mötet. Det förekommer att närstående, som någon informant uttryckte det, ”driver en stenhård linje” och har en aggressiv framtoning i mötet. Detta skapar en obehaglig stämning och dåliga förutsättningar för problemlösning. Biståndsbedömarna är särskilt utsatta. Beteendet tolkades av informanterna som att närstående har bristande kunskaper om vilka tjänster som kan erbjudas av kommunen och i vilken utsträckning hjälpen kan ges. De har fått en bild från massmedia om svårigheter att få hjälp eller särskilt boende. Många blir förvånade över hur mycket insatser som kan ges i hemmet när de får den informationen.

Biståndshandläggarna beskrev i intervjuerna att det förekommer att de får möta närståendes stress och irritation på VOP-mötet men uppfattade inte detta som en personlig kritik. Informanterna beskrev erfarenheter av möten med närstående som inte varit förberedda på att patienten ska skrivas ut och att de befinner sig i en chockartad situation. Närstående som bor på långt avstånd från patienten beskrevs också som att de ofta är otrygga. I datamaterialet framkom flera exempel på att problem uppstår under mötet om patientens eller närståendes önskemål inte kan tillgodoses exempelvis på grund av bristande resurser. Biståndsbedömarna handskas enligt informanterna med problemen på olika sätt och vissa beskrevs som mer smidiga än andra. En av biståndshandläggarna förklarade hur hon försöker vända situationen så att både patient och närstående är nöjda med besluten till slut.

*Biståndsbedömare: "...det behöver inte vara så att de (patient och närstående) har fått rätt i det som de ville från början men de har i alla fall fått klara direktiv på att "så här är det faktiskt som gäller" och det kan ju göra att de blir tryggare i sin förståelse".*

Upplevelser av konflikt och hotfullhet förekom också i datamaterialet, liksom att närstående söker allianser:

*Arbetsterapeut (sjukhus): Då har jag suttit där som arbetsterapeut på den avdelningen och så, jag har inte gått in i någon diskussion. Man har varit neutral när dom plötsligt vänder sig och säger "ah, vad säger ni då?" ...*

En informant ansåg att närståendes aggressivitet kunde förklaras utifrån att de inte har samma krav på sig att vara professionella som vårdpersonalen har, men att det också kan vara så att deras kännedom om familjens förhållanden gör att de driver sin uppfattning hårt. Det framkom också i datamaterialet att det ibland uppstår problem vid VOP-mötet om patienter eller närstående inte varit nöjda med vården på sjukhuset och att mötet blir ett tillfälle för utvärdering av vårdtiden på sjukhuset

## Problem relaterade till relationen mellan patient och närstående

Det är svårt för vårdpersonalen på sjukhuset att veta något om patientens och de närståendes tidigare relation. I datamaterialet beskrevs att närstående oftast representerar patienten, men ibland talar i egen sak och får också större utrymme vid mötet. Det kan också vara så att närstående har goda skäl för sina synpunkter. De närstående har ett stort ansvar i vården och rädsla för att patienten till exempel skall falla beskrivs som ett ganska vanligt problem. Vissa närstående är uttröttade och vill att biståndsbedömaren tar beslut som avlastar dem:

*Arbetsterapeut (sjukhus): ... Det är svårt att veta vad har dom för relation sen innan. Är det liksom barnen som styr över gamla mamma, hon är en riktig toffel, hon säger bara "jaha, då gör vi så"? Man vet ju inte deras roller sen innan ju, det kan ju va svårt å se. Det kan ju vara den ena som har en slags makt över den andra. Det kan vara tvärt om också där barnen känner sig jättetyngda och tänker "ahh det är ingen som bryr sig om vad vi gör".*

Flera informanter tyckte att patientens vilja bör råda om det inte är en person som lider av kognitiv svikt. Men det kan uppstå dilemman om patienten och de närstående inte har samma uppfattning om vad som är problematiskt eller om närstående lyfter problem som inte patienten upplever. När patient och närstående bor tillsammans kan särskilt svåra situationer uppstå. Ibland uppstår en kollision mellan patient och närstående som leder till etiskt svåra situationer. Detta ställer krav på personalen att vara diplomatisk, flexibel och ödmjuk. Det kan handla om att en patient i palliativt skede vill bli vårdad i hemmet, medan närståendes uppfattning är att vården på hospice, med möjligheter till effektiv smärtlindring, är bättre. Eller om patienten vill komma hem med hjälp av insatser från kommunen samtidigt som det finns en ovilja hos partnern att ha folk som kommer och går i hemmet flera gånger om dagen eller att genomföra bostadsanpassningar. En informant beskriver att familjerelationer kan bli tydliga på ett möte med en äldre generation där mannen/maken varit den som styrt i familjen, vilket tar sig i uttryck genom att kvinnan/makan kanske inte vågar säga vad hon tycker under mötet:

*Biståndsbedömare: (exemplifierar hur vissa relationen kan tolkas) "Håll dig på din kant, jag är mannen i huset"*

Informanterna beskrev att deras strategi i sådana situationer är att inte ställa till med någon scen under själva VOP-mötet utan försöker att hantera det diplomatiskt.

## Problem relaterade till personalen

Vissa informanter från kommunen uttryckte att de ibland uppfattar sjukhusets personal som otillräckligt insatt i de riktlinjer som reglerar vård- och omsorgsplaneringsprocessen ("Lokal anvisning för informationsöverföring och samordnad vårdplanering"). Sjukhuspersonalen uppvisar, enligt informanter från kommunen, också i vissa fall en okunnighet om hur man arbetar i de olika kommunerna och vilket stöd patienterna kan erbjudas. En informant ansåg att sjukhuspersonalen, i hennes ögon felaktigt, ser korttidsplatsen som en förlängning av sjukhusvården. Sjukhuspersonalens inställning att patienten borde få komma till korttidsplats tolkades därför av den kommunalt anställda personalen, som ett sätt att skydda sig själva när patienten skrivs ut tidigt. Vidare beskrev biståndsbedömarna att de upplevde bristande kunskaper bland sjukhuspersonalen om innehållet i riktlinjer för vård av patienter i livets slutskede, vilket kan leda till att patienterna får felaktig eller otillräcklig information om vilken eftervård som är möjlig. Ett exempel på detta beskrivs i citatet nedan



där en biståndsbedömare refererar till ett samtal med en patient som skulle lämna sjukhuset:

*Biståndsbedömare: "Jag (biståndsbedömaren) sa (till patienten) 'vi får ta och fundera lite på hur du skulle vilja ...' (Patienten svarade): 'Det är klart redan för nu har dom pratat om på avdelningen att jag ska till hospice.' 'Vad säger du?', sa jag (biståndsbedömaren). 'Jo jag (patienten) har redan sett kort och allting på hur det ser ut så vi har bestämt. Jag och min son och han har varit och tittat redan.' ... Det var ungefär som om du hade stuckit en kniv rätt i hjärtat på mig därför att den här personen visste jag absolut det sista hon ville det var att lämna sitt hem."*

En anledning till att man inte kan lämna tydliga besked till patienter och närstående vid VOP-mötet är att det är svårt att göra en bra bedömning om man inte fått rapport innan eller om det finns för litet informationsunderlag. Ibland är inte rätt personal närvarande vid mötet, exempelvis händer det att ingen sjuksköterska från kommunen är med trots att många medicinska frågor diskuteras vid VOP-mötet. Det är viktigt att rehabiliteringsbehovet blir identifierat på sjukhuset, men tidigare studier visar, enligt en informant, att 50% av patienterna inte får en bedömning av arbetsterapeut eller sjukgymnast före VOP trots att de borde ha haft det (rehab-projektets studier). Det är också svårt att bedöma patientens reella vårdbehov ur ett helhetsperspektiv, eftersom sjukhuspersonalen inte vet hur hemmiljön ser ut och vilka möjligheter som finns att hjälpa patienten att träna och fungera hemma. Därför behöver ofta en ny bedömning göras i hemmet.

Det beskrevs också som ett problem om inte sjuksköterskan från avdelningen inte är med på mötet eftersom hon kan behövas för att svara på medicinska frågor. Andra informanter ansåg däremot att om sjuksköterskan på avdelningen är med vid VOP-mötet störs kontakten med patienten. Patienten ska "separera" från sjukhuset vilket kan kännas svårt och osäkert. I samtalet förekommer det då att patienten bollar tillbaka biståndsbedömarens frågor till sjuksköterskan från avdelningen, som återkommer till hälso- och sjukvårdsfrågorna istället att fokusera på hur patienten skall klara sig hemma.

Om sjuksköterskan på avdelningen inte hunnit förbereda sig genom att inhämta uppgifter eller pratat med patienten inför mötet innebär det svårigheter att åstadkomma ett bra vårdplaneringsmöte. Hälften av alla vårdplaneringsmöten på sjukhuset är dåligt förberedda ansåg informanter från kommunen. Informanterna berättade om upplevelser av att sjuksköterskan på avdelningen är stressad, inte har hunnit förbereda sig och har svårt att hinna medverka vid VOP-mötet. Någon sjuksköterska beskrev att hon ibland ser en rädsla i blicken hos sjuksköterskan på avdelningen som ska ansvara för vårdplaneringsmötet. Kommunalt anställda sjuksköterskor som tidigare arbetat i slutenvården har förståelse för sjuksköterskans situation på avdelningen.

*Sjuksköterska (kommun): "Det var ofta att man inte sett patienten förrän samma dag. Man hade varit ledig eller bytt grupp och då känner man sig så illa dum som sjuksköterska när man ska svara på frågor, man känner sig så dåligt påläst och det känns respektlöst mot dom som kommer dit."*

Andra negativa erfarenheter av VOP-möten som beskrevs var att sjuksköterskor på vissa avdelningar inte följer med in på mötet eller börjar mötet med att säga att man inte har tid för det. Det gavs också exempel på hur sjukhuspersonalens förhållningssätt kan skapa en otrygghet under mötet eller skapa en trygghet som underlättar övergången vid utskrivningen.

*Biståndsbedömare: "när sjuksköterskan tydligt visar att 'jag tror inte på att du (patienten) ska komma hem' och sitter på vårdplaneringen och säger: du kan inte komma hem för det går inte men här (på sjukhuset) får du inte vara kvar...//... och så säger jag att en korttidsplats får du inte, det är klart att det blir en jätteotrygghet. Säger sjuksköterskan istället att du är medicinskt färdigbehandlad av de här och de här"*

*orsakerna och den här hjälpen har vi sett att du (patienten) behövt härifrån (sjukhuset) rent praktiskt...hur det här behovet ska tillgodoses, det är inte jag expert på utan det överlämnar jag till biståndsbedömaren och litar på att den fattar ett bra beslut...*

En sjuksköterska på en vårdavdelning uppgav att hon ibland känner dåligt samvete över att skicka iväg en svårt sjuk patient till en kollega i kommunen som ska ta över hela ansvaret. En vanligt förekommande åsikt i datamaterialet var att förutbestämda uppfattningar om vilka beslut som bör tas kan ställa till problem vid mötet. Om sjukhusets personal har framställt korttidsvård som lämplig efter utskrivningen, kan patienten och närstående få förväntningar som kanske inte kan infrias. Detta försvårar vård- och omsorgsplaneringen, vilket beskrivs i nedanstående citat:

*Sjukgymnast (kommun): Så jag tror att många gånger har man målat upp korttid som nåt lite glamoröst, som det faktiskt inte är.*

*I: Nej ja.*

*Sjukgymnast (kommun): Så det är väl det vi har upplevt som problem ibland att man har fått den information från lasarettet att "ja men det hade nog vart bra med en korttid för dig" och vi har en helt annan tanke när vi kommer dit, för vi vill ju i största möjligaste mån att dom kan komma hem om det är lämpligt. Och då blir det intressekonflikt direkt om närstående och patienten vill till en korttid och dom vet inte egentligen vad en korttid är och dom vet inte riktigt vad vi kan erbjuda, om dom inte kommer till en korttid. Och så förklarar biståndsbedömaren att det kanske inte är aktuellt med en korttid utan du kommer få gå hem direkt. Då kan det bli så att patienten och närstående fastnar i det här lite negativa "åh vi får ingen korttid" och då har dom inte möjlighet att ta in all den andra informationen. Det är ju mycket information på kort tid.*

Det förekommer också att biståndsbedömaren är pådrivande för att patienten ska gå hem exempelvis genom att ställa ledande frågor. Detta är ovanligt och beskrivs som att det har mer med personen än med professionen att göra:

*Sjukgymnast (sjukhus): Ja, dom ((,)) – ibland kan det vara biståndsbedömaren som också gärna vill trycka på detta å säga: För du vill väl hem nu? Till patienten. Hur ska du göra nu när du ska skrivas ut, för du vill hem antar jag å så? Då sitter dom där patienterna: Ja, det är klart jag vill. Vad ska dom säga och då blir det oftast att så blir det ingen korttid utan då blir direkt hem.*

Sjuksköterskor från slutenvården uppfattar att kommunens representanter ibland ifrågasätter att patienterna är utskrivningsklara inför hemgång. Det händer till exempel relativt ofta att det sker misstag i faxningen så att utskrivningsklar-datumet är oklart, vilket leder till irriterade diskussioner mellan biståndsbedömaren och sjuksköterskor. En informant ansåg att det sker fler misstag i samband med att det varit nedskärningar i vården, saker glöms bort. Enligt en arbetsterapeut förekommer det också ibland osakliga bedömningar beroende på närståendes sociala status:

*Arbetsterapeut (kommun): Tyvärr är det också så att... Vi har en del som... det ska vara lika villkor, men det blir det ju inte. För jag menar har du nån närstående som har högre, kan man säga, status och som kan föra sin talan och vet vilka vägar man ska gå... Man kan ju lägga orden på ett annat sätt så att det blir ett hot gentemot kanske, ja, vårddelen då, vilket gör ju att dom har ju större förutsättningar att få sin vilja igenom än vad någon annan har.*

Några informanter på sjukhuset uttryckte misstankar om att vissa kommunsjuksköterskor undviker att ta emot patienter som de känner sig osäkra på att sköta. Som exempel på detta nämndes att kommunsjuksköterskor föreslagit att patienten skall få en PEG (percutan endoskopisk gastrostomi, sond insatt genom buken), som är enklare att sköta, i stället för en vanlig sond. Detta beskrevs som oetiskt och som ett åsidosättande av professionaliteten:

*Sjuksköterska (sjukhus): Vi får kanske inte skicka hem patienten med sond och ... dom måste kunna ta dom ... då får dom utbilda sin personal till detta. Så då kräver dom att det ska sättas en PEG och det ska inte göras (av etiska skäl) för alla patienter, för har man satt en PEG så är det inte så lätt att få bort den sen. Dom får gärna komma hit och lära sig och det är vi väldigt öppna om att dom får komma hit och lära sig på avdelningen och skulle sonden åka ut på boendet är det på dagtid så kan dom ringa hit och så få komma direkt hit upp på avdelningen så sätter vi den här ... det brukar gå att lösa... //... Men att inför gruppen säga att "Jag trodde ju ni var lite mer humana att dom kunde få stanna lite till", då blir det... det känns inte professionellt.*

Det finns också bland någon informant misstankar om att bedömningen av vilka vårdinsatser som är aktuella för patienten styrs av ekonomiska motiv. Vidare beskrivs personal på vissa vårdavdelningar ha en viss jargong och negativ syn på vårdplaneringar.

## Problem relaterade till mötesform

Ett problem som många informanter tar upp är om det är alltför många personer som deltar i mötet, vilket minskar möjligheten att ha en diskussion med patienten. Patientens önskan kommer inte fram. Han/hon befinner sig i en krissituation, kan vara ledsen och har ibland svårigheter att ta till sig det som sägs. Det beskrivs som ett problem att det är så mycket som ska avhandlas på kort tid. Det pratas mycket och patienten kommer inte ihåg vad som sagts. Närstående kan behöva mer kunskap om vårdresurser som finns men det är alltför begränsad tid för att ge den informationen på VOP-mötet. Det finns också problem förenade med att VOP-möten planeras med kort varsel då anhöriga kan ha svårigheter att ta ledigt från arbetet för att kunna närvara. Det finns även oklarheter i organisationen, vilken prioritet ska ges av sjukhuspersonalen åt att delta vid VOP-mötet även om man inte känner patienten på vårdavdelningen. Sjuksköterskorna på vårdavdelningarna ser också en svårighet i att stänga in sig i ett rum för att vårdplanera. Man är helt enkelt inte tillgänglig hela tiden om behov uppstår på vårdavdelningen.

Att använda sig av medicinskt språk eller fackuttryck under vårdplaneringsmötet försämrar patientens möjlighet till delaktighet i vårdplaneringsmötet. Vilket kan förekomma under den inledande informationen av sjuksköterskan från sjukhuset. Det inträffar att någon läser direkt ur journalen eller att någon förefaller vilja bravera med latinska uttryck, men då finns en stor medvetenhet från både sjuksköterskor och biståndsbedömare från kommunen att be om förklaring på svenska. Det är viktigt att få en medicinsk information om anamnes, status, utredning, behandling och uppföljning anser sjuksköterskorna i kommunen. Det är bra att erbjuda patienten möjlighet att berätta vad han/hon varit med om, men det ger samtidigt oftast inte en heltäckande bild som är tillräcklig för att sjuksköterskan ska få en helhetsbild av patientens situation.

Patienten vet ofta inte vad ett VOP-möte innebär och skulle behöva tydlig information om detta innan mötet. Sjuksköterskorna på sjukhuset beskriver en brist på diskussion med kommunens personal, man avrapporterar och lämnar sedan mötet. Det stora deltagarantalet förklaras av att det finns en osäkerhet om vilka behov patienten har. Därför deltar ibland fler vårdare av olika kategorier "för säkerhets skull". Men det stora sammanhanget kan också innebära problem för personalen. De är ofta inte vana att arbeta i team och kan känna sig osäkra, vilket leder till att de sitter och tänker på sin egen uppgift istället att fokusera på patienten. Om

vårdpersonalen är ovan och otrygg i sitt arbete blir det obekvämt att delta i, och kanske leda, VOP-mötet:

*Arbetsterapeut (sjukhus): Och så särskilt om man känner sig osäker, man känner inte varandra, man jobbar inte vanligtvis i team dom här personerna som sitter i rummet å man är lite så där kanske tänker på sin egen uppgift, man vill vara duktig, är prestationsinriktad å så där, man ska visa hur duktig man är i det här mötet med okända människor, var å en kanske är lite upptagen med sin uppgift då, så glöms patienten bort lite grann kanske, det är inte så lätt för den heller då.*

En arbetsterapeut från kommunen poängterade hur viktigt kommunikationsmönstret är för hur bedömningen av patientens vårdbehov görs och hur det kan komma att påverka vilka beslut som fattas. Om biståndsbedömarens ställer frågan: "Vad vill du ha **hjälp med** hemma?" innan han/hon frågar vad patienten **kan**, kan mötet komma att utfalla på helt olika sätt. Det första sättet att fråga betyder att man leder in patienten i ett tänkande som innebär att man fokuserar på det man inte kan och att det förmodligen är bäst att få hjälp "för säkerhets skull":

*Arbetsterapeut (kommun): Alltså förhoppningsvis tar ju biståndsbedömarna med sig informationen vad dom klarar och hur hemmiljön ser ut i sin bedömning. Det är ju väldigt olika från biståndsbedömare till biståndsbedömare, vissa kanske går in i en vårdplaneringssituation och frågar direkt "Vad vill du ha hjälp med hemma"? De frågar inte vad dom kan utan bara vad dom vill ha hjälp. Vi vill ju i en vårdplaneringssituation veta vad du kan först. Man har ju olika synvinklar. Om man går in i vårdplaneringssituation så vill man ju veta vad kan du? Och sen sätta hjälpen utifrån det dom inte klarar. Men som vissa biståndsbedömare går direkt in och frågar: "Vad vill du ha hjälp med?" Och då hamnar ju personen... 'Ja men det är kanske säkrast att ta hjälp med detta å detta å detta å detta'.*

Det lyftes även upp ett antal etiska problem i samband med att mötesformen ser ut som den gör. Det kan vara svårt att ställa raka frågor till patienten av integritetsskäl, till exempel vid möten med oklara patienter och i situationer när man vill ifrågasätta eller trycka på i något avseende. Det poängterades att samtalsinnehållet bör väljas med urskiljning. Informationen som kommer fram måste tas omhand, vilket beskrivs som en ansvarsfråga. Det är exempelvis olämpligt att tala om "utskrivningsklar", som är irrelevant information ur ett patientperspektiv.

## Problem relaterade till rutiner och organisation

Kommunikationen mellan de olika aktörerna vid ett VOP-möte är ett viktigt verktyg i samverkan och när kommunikationen brister så gör även samverkan det. Informanterna ger en bild av hur man samverkar med olika yrkeskategorier, hur man ser på varandras roller och vilka förväntningar man har på varandra. Detta påverkar också hur mötet utvecklas.

Det biståndshandläggarna beskrev kring samverkan med sjukhusen ger ingen entydig bild. Med vissa avdelningar fungerar samarbetet utmärkt och med andra mindre bra. Det kan även skilja sig åt beroende på vilket sjukhus man samverkar med. På akutavdelningar är det ett snabbare patientflöde än på en rehabiliteringsavdelning där berörd personal hunnit träffa och lära känna patienten. Exempel på när samarbetet fungerar mindre bra är när det finns en bristande tillit mellan de olika aktörerna som avslöjas inför patienten på ett VOP-möte. De vårdare som är involverade i vårdplaneringen ibland har en bristande förståelse och inblick i varandras arbetsområden. Man överskrider varandras yrkesgränser och uttrycker tydliga åsikter kring sådant som man inte har beslutanderätt om. Biståndsbedömarna beskriver att det ofta är sjuksköterskan på

avdelningen och ibland läkare som framför vad som förefaller vara personliga åsikter om den fortsatta planeringen. Ofta handlar det om att de anser att patienten borde gå till en korttidsplats efter sjukhusvistelsen. Biståndshandläggarna beskriver att det väldigt ofta händer att det står "ohållbar hemsituation" och önskemål om korttidsplats redan på faxmeddelande 1 och underlag inför samordnad vårdplanering. Någon informant beskriver att sådana VOP-möten tar mycket energi. En annan informant berättar att i en sådan diskussion på VOP-mötet försöker man återta sin roll om det gäller beslut inom det sociala området utan att det blir en konstig stämning. Biståndsbedömaren önskar att sjuksköterskan inte ens tar upp frågan om korttidsplatser på mötet eftersom det är biståndshandläggarna som tar beslut om dessa. Sjuksköterskorna på vårdavdelningarna beskriver å sin sida en upplevelse av bristande medicinsk kunskap hos biståndsbedömarna och en arrogant inställning vid VOP-mötet som försvårar samverkan och en gemensam samsyn.

I datamaterialet beskrivs också oklarheter gällande rutiner vid faxning från sjukhusets personal. Vissa informanter ansåg att den lokala anvisningen styr så mycket att vårdplaneringen egentligen mest handlar om "när är betalningsansvaret?". Patienten flyttas över till kommunal vård/omsorg när betalningsansvaret för kommunen inträder. Från kommunalt håll uppmärksammas att patienten inte kan skrivas ut då faxrutiner inte genomförts enligt gällande bestämmelser. Kommunen behöver ha tid på sig för att förbereda patientens utskrivning. Informanterna på sjukhuset upplever i vissa fall rutinerna som onödigt krångliga och ifrågasätter varför patienter med oförändrade kommunala insatser inte kan skrivas ut med kortare framförhållning.

*Sjuksköterska (sjukhus): Om man ringer till ssk och säger att "nu ska patienten komma hem i morgon" så är det oftast att "Ja men ni ni har ju inte faxat tvåan att hon är utskrivningsklar och det måste vi planera det och det ...". Så då blir det ofta lite förskjutet och det har det ju ingen anledning att bli egentligen. För det finns ju eh, vi ska ju inte faxa om det inte är nånting speciellt och om de har hemtjänst sen innan och de ska gå hem med samma hjälp, då är det ju ingenting förändra. Och då tycker väl vi att då borde det ju inte va nåt krångel för kommunen att ta emot patienten eftersom det liksom har varit som innan.*

Sjuksköterskorna på sjukhusen uttryckte en frustration över att inte vara väl förberedda inför VOP-möten. Det beskrevs som ett problem av organisatorisk karaktär då man ofta, kanske varje vecka, byter arbetsgrupp på vårdavdelningarna. Detta medför ett byte av patientansvarig sjuksköterska för patienten. Då VOP-mötet äger rum har sjuksköterskan ofta inte hunnit träffa patienten utan träffar patienten först dagen för VOP-mötet. En informant uttryckte det på följande sätt:

*Eftersom vi är schemalagda och det är inte det flytet som de var innan om man säger så. Vi byter grupper rätt ofta. Känner mig lite otillräcklig där, för att en diagnos är ju inte allt utan det är ju så mycket annat. Det är ju jättemycket annat.*

Rehabiliteringspersonalen på sjukhuset upplevde att det är frustrerande att inte få ge förslag på åtgärder trots att de känner patienten och ibland upplever att det finns risk för att patienten får för lite träning hemma. De har fått skarpa tillsägelser om detta men skälet till denna regel är inte känd hos alla informanter. Deras strategi har då varit att formulera sig på ett annat sätt men att ändå få fram budskapet. De beskriver till exempel noggrant patientens aktivitetsförmåga, funktionshinder och behov av hjälpmedel, de risker som utskrivning till hemmet kan innebära samt att patienten behöver träna mer. Ibland blir de ombedda att lämna mötet när de givit sin information och har då ingen möjlighet att påverka beslutet, vilket känns märkligt.

*Arbetsterapeut (sjukhus): ...Men då har man varit med om att när vi har sagt vårt då att: "Ja, nu är ni färdiga nu kan ni gå ut" är en princip=*

*I: Ifrån bistånds=*

*Arbetsterapeut (sjukhus): Ja precis.*

*I: Ja. Ja hur känns det då?*

*Arbetsterapeut (sjukhus): Det känns lite avsnoppat så då att bli iväg skickad, det är väl att man inte ska kunna säga om man har kommentarer då eller rekommendera nåt.*

Ofta upplever informanterna att det är för kort tid för att förbereda patientens hemgång. Om kommunens rehabiliteringspersonal får information om lämpliga åtgärder i hemmet alltför sent blir det svårt att åstadkomma dessa inom tiden för betalningsansvaret. Ibland är det oklart om patienten kommer att bli inskriven i hemsjukvården eller om primärvården skall ansvara för rehabiliteringen efter utskrivningen. Därför är inte alltid rätt person närvarande vid mötet och beslutet om vårdinsatser kanske inte blir optimalt. Informanterna talar om "gråzonspatienter" och att primärvården inte alltid vill ta emot äldre patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården. Ibland lyckas man åstadkomma individuella bedömningar men ibland är man inte överens om beslutet. Patienterna borde i högre grad få prova hemma hur det fungerar innan alla åtgärder sätts in.

Vissa informanter från kommunen ansåg att vårdplaneringsmötet oftast genomförs för tidigt i patientens vårdtid. De tror att det dels kan bero på att avdelningen faxat rent rutinmässigt utan att reflektera över vad det är man kallar till och dels på att sjukhuset vill gardera sig så att patientens vårdtid på avdelningen inte blir för lång. Det innebär att patienten många gånger inte är utskrivningsklar vid VOP-mötet. Det kan undersökningar som gör att det är då svårt att göra en bra vård- och omsorgsplanering. Ibland kan resultatet från gjorda undersökningar innebära att hela planeringen blir omkullkastad. Det förekommer att kommunens personal har fått vårdplanera en patient både två och tre gånger under samma vårdtillfälle. Informanterna på sjukhuset ifrågasatte å sin sida vårdkvaliteten i kommunen eftersom patienterna kommer tillbaka till sjukhuset så ofta. Man talade i intervjuerna om "slöseri med resurser" att vårdplanera patienter som återkommer inom ett par dagar.

*Sjuksköterska (sjukhus): Det är skrämmande man alltså lägger ner tid och man gör upp ett samarbete och så återkommer patienten in! Och vad det beror på det undrar jag. Är det otrygghet ute, är det för tight ute, är det organiserat fel ute? För jag tänker, ska man behöva åka in så frekvent vad gör man för uppföljningar ute sen? När man har vart inne och så lagt ner mycket tid på vårdplanering. För jag tror att det är där vinsten finns.*

Det är enligt informanterna viktigt att vårdplaneringstiden ligger rätt i tiden, att patienten är utskrivningsklar och mår så bra som möjligt för att öka patientens delaktighet i vårdplaneringsmötet. Men det kan vara svårt att avgöra när den ideala tidpunkten är. Personalen kan uppfatta möjligheter eller hinder medan patienten kan se det på ett annat sätt. Det kan vara svårt att inse vad det innebär att komma hem till sitt eget hem. Andra problem som nämndes att olika undersökningar på sjukhuset ligger i nära anslutning till VOP-möten tidsmässigt och att det innebär problem att avboka VOP-möten med många personer inblandade.

*Sjuksköterska (kommun): Jag anser att det vårdplaneras en dag för tidigt eller två. Hade vårdtagaren fått en dag till på sig så hade det varit lättare för honom. De är fortfarande mitt uppe i att de är på sjukhuset, så de har inte fokuserat på att de ska lämna sjukhuset. De är mentalt inne i vad doktorn ska säga, vad som ska hända med dem.*

Uppföljande vårdplaneringar i hemmet sker ofta då det vid vårdplaneringsmötet kan vara svårt att veta behovet av insatser. Vid osäkerhet görs en snabb uppföljning i hemmet eller via telefon efter några dagar. I andra

sammanhang kanske uppföljande hembesök sker efter två-tre veckor. Många gånger sätts större insatser in i direkt anslutning till utskrivningen för att efterhand utvärderas och minskas.

En arbetsterapeut i kommunen såg det som ett problem att ha information om en ineliggande patient som inte kan användas, även om den skulle underlätta utskrivningen, eftersom hon formellt inte är involverad i patientens vård saknar hon formella befogenhet att initiera åtgärder på sjukhuset:

*Arbetsterapeut (kommun): Och vi vet ju om det är nån som är inne på lasarettet. Och vi kan ju höra vad det är med dom, men vilken rätt har jag att ringa in för jag vet kanske att Kalle Gustavsson, eftersom det här är på landsbygden, jag vet kanske att Kalle Gustavsson bor i det huset och X antal trappor upp där hur ser det ut innan där hemma och hur ska vi göra, ja. Men vilken rätt har jag att ringa in till lasarettet och sätta arbetsterapeuten där i arbete?.*

Informanter från kommunen poängterade att avdelningen sällan kontakter dem om patientens tillstånd förändrats som gör att vårdplaneringsmötet inte längre är aktuellt. Framförallt vissa akutvårdsavdelningar missar att meddela om patienten flyttats från avdelningen. Det innebär att flera personer från kommunen har rest in till sjukhuset för ett VOP-möte som uteblir, vilket upplevs som respektlöst. Det förekom vidare kritik på grund av bristen på lämplig vårdplaneringslokal på sjukhuset. Kommunens personal accepterar inte att rapport ges ute i korridor, på sjuksköterskeexpedition eller i förråd där mötet ständigt störs av springande personal, vilket beskrivs som brist på respekt för både patient och vårdplaneringsteam.

Även om det formellt sett är slutenvårdens läkare som kallar till VOP-möten är det ytterst sällan de är med på dessa. Där de oftast medverkar är på rehabiliteringskliniken. Läkare eller sjuksköterska från primärvården finns aldrig med vid vårdplaneringsmöten, något som saknas i vissa fall. Det tar lång tid innan primärvården får medicinska epikriser när patienten skrivs ut från slutenvården. Det kan då råda oklarheter kring ordinationer, fortsatt vård, vem som är ansvarig för patienten och innebära ett stort merarbete för kommunens sjuksköterskor. Samverkan mellan sjukhusets läkare och läkaren på vårdcentralen förekommer ytterst sällan tycker kommunalt anställda sjuksköterskor. Det finns en uttalad osäkerhet från informanter på sjukhuset, kring hur faxen som skickas till primärvården omhändertas och om de blir lästa över huvud taget.

*Sjuksköterska (kommun): ”Vi har ju lagen om informationsöverföring och det står väldigt klart och tydligt att avdelningens läkare ska ha kontakt med mottagande läkare och de ska sinsemellan bestämma. Det fungerar inte i praktiken. De pratar inte med varandra utan tycker att det sköter vi sköterskor så bra.”*

## Önskemål

De önskemål som framfördes av informanterna var relaterade till både patienternas behov av delaktighet och till personalens egen arbetssituation. En praktisk fråga som framfördes av flera informanter var ett önskemål om att ett speciellt samtalsrum skulle användas vid VOP-möten. Det framkom också att patienten bör förberedas bättre. Ett förslag som framkom var att göra en broschyr som lämnades till patienten inför VOP-möte som bland annat borde ta upp hur många och vilka personer som kommer att delta i mötet, vad man talar om (medicinska problem, vad man klarar av mm). Broschyren skulle utformas av sjukhuspersonal och kommunalt anställd personal gemensamt. Ett annat önskemål som framkom var att VOP-mötena bör struktureras på ett sätt som bättre tar tillvara patientens perspektiv, exempelvis genom att börja med att fråga om patienten klarade innan, vad patienten kan nu och hur miljön ser ut hemma. Det är viktigt att få komma in och tala ganska tidigt under mötet.

När det gällde personalen arbetssituation önskade flera informanter att det skulle vara möjligt att arbeta närmare varandra, och att personkännedomen skulle vara större. Ett önskemål var att kunna planera med samma vårdplaneringsteam där alla känner varandra för att på sätt öka kontinuiteten. Vissa av sjuksköterskorna från sjukhuset ville i högre grad än idag vara engagerade vid VOP-mötena och delta under hela mötet, speciellt i de fall då patienten varit inlagd en längre tid och sjuksköterskan lärt känna patienten. Vid behov av mindre förändringar av kommunala insatser önskade sjukhusanställda sjuksköterskor telefonvårdplaneringar. Arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor från sjukhuset ville kunna ta initiativ och ge förslag på åtgärder vid VOP-mötet.

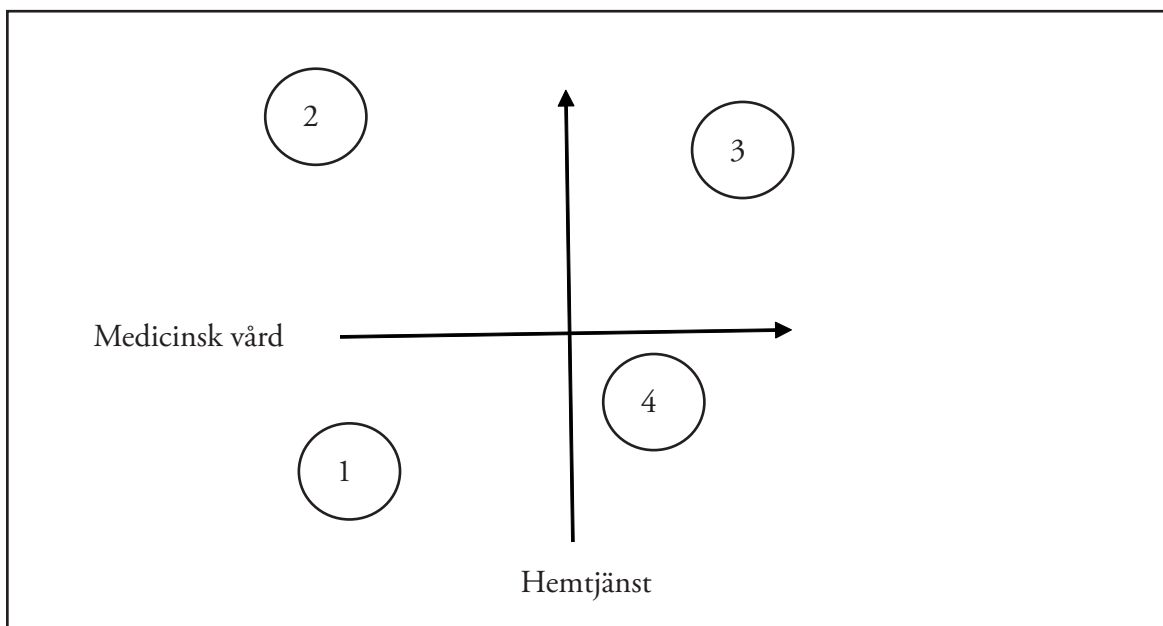
Bättre samverkan inom sjukhuset önskades när det gäller att identifiera och rapportera rehabiliteringsbehov. Sjuksköterskor på sjukhus önskade daglig kontakt med rehabiliteringspersonal på avdelningen, för att kunna informera om och diskutera kommande vårdplaneringar muntligt och skriftligt.

Det framkom också önskemål om gemensamma möten med personal från de olika huvudmännen som är inblandade i vårdplaneringsmöten, för att utveckla mötesformen och diskutera oklarheter. Sjuksköterskor från både kommun och sjukhus framförde önskemål om att få erfarenhet från varandras arbeten genom utbildning och auskultation. Sjuksköterskorna på sjukhuset ville också skapa ett bättre kunskapsutbyte med biståndsbedömare från kommunen, till exempel genom att de auskulterar på sjukhuset eller genom att biståndsbedömare är på sjukhuset en del av sin tid för att bedöma behov av insatser från kommunen. Någon uttryckte också en önskan om att få arbeta i kommunal vård i syfte att delge kunskaper. Det framfördes också önskemål om att skapa former för att öka den etiska medvetenheten och föra etiska diskussioner kring vård- och omsorgsplaneringsproblematiken.

## Konklusion

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns en rad olika aspekter och omständigheter som påverkar VOP-mötet och som kan leda till problem när det gäller patientens delaktighet och vårdpersonalens samverkan. Den första och viktigaste är patientens/brukarens föränderliga hälsotillstånd och det faktum att behovet av vård och omsorg och/eller medicinsk vård ständigt varierar. Det kan beskrivas som en process där patienten/brukaren ”vandrar” mellan olika positioner i det vårdbehovs-kors som presenteras i figur 1 (se sidan 27). Position 1 representerar låga behov av vård- och omsorg, position 2 höga behov av medicinsk vård (sjukhusvård), position 3 höga behov av medicinsk vård och hemtjänst (nyligen utskrivna från sjukhus) samt position 4 lägre behov av medicinsk vård och hemtjänst (huvudsakligen återställda).





Figur 1. Variationer i patientens/brukarens vård- och omsorgsbehov

VOP-mötet är en bara en ögonblicksbild i en mycket längre process där kommun och landsting i många fall turas om att ha huvudansvaret för vården och omsorgen i olika perioder. Verksamhetsföreträdarnas uppgift under VOP-mötet är att utifrån sina respektive professionsansvar, överlämna och att ta emot vårdansvaret. Deras förhållningssätt under mötet påverkas å ena sidan 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 av kravet på att som representant för respektive vårdverksamhet hålla sig inom ramarna för verksamhetens mål och ansvarsområde.

Överlämna vårdansvar	Samtal	Ta emot vårdansvar
----------------------	--------	--------------------

VOP-mötet, som samtalsarena, präglas på så sätt av en inbyggd motsättning som ställer krav på samtliga deltagare att förhålla sig individuellt till patienten/brukaren och närstående utan att samtidigt överskrida de begränsningar som verksamhetens strukturella ramar; ekonomiska, juridiska och målrelaterade anger. Frågan som uppstår är hur VOP-mötet utformas och utnyttjas: som en arena för dialog om patientens/brukarens vårdbehov eller för att markera gränserna för respektive verksamhets ansvarsområde.

## DISKUSSION

Under datainsamlings- och analysprocessen har projektmedarbetarna arbetat för att i möjligaste mån göra fenomenet och arbetsformen "VOP-mötet" rättvisa ur ett tvärdisciplinärt perspektiv. Urvalet av informanter gjordes på ett sådant sätt att datamaterialet skulle bli så varierat och informationsrikt som möjligt. Vid datainsamlingen vände vi oss därför till representanter för de yrkesgrupper och verksamheter som vanligtvis deltar i VOP-möten. Bland informanterna saknas därför läkare och inte heller någon representant för primärvården har intervjuats på grund av att de endast i undantagsfall är representerade vid VOP-möten. Däremot har geografiska aspekter beaktats vid urvalet liksom informanternas yrkeserfarenhet. Tyvärr lider datamaterialet svårt av en kraftig kvinnodominans, ett faktum som kan härledas till den obalanserade könsrepresentation som förekommer i vård- och omsorgssystemet i stort. I datamaterialet finns till antalet fler informanter som

var anställda i kommunen än på sjukhus. Detta förklaras av att ingen yrkesgrupp motsvarande biståndsbedömare finns representerad på sjukhus. Övriga yrkesgrupper fördelade sig lika mellan sjukhus och kommun. Datainsamlingen baseras på i huvudsak individuella intervjuer. Av praktiska/ekonomiska skäl genomfördes dock en par-intervju (kommunsjuksköterskor) och en gruppintervju (vårdplaneringsteam) på grund av långa avstånd till informanternas arbetsplatser. Datamaterialet, som bestod av fyra olika uppsättningar av intervjuer, analyserades i det första skedet av olika personer. På så sätt blev analysarbetet kritiskt granskat och diskuterat av flera personer. Analysarbetet genomfördes under handledning av projektledaren som på så sätt kunde överblicka analysprocessens olika faser utifrån innehållet i det samlade datamaterialet.

VOP-möten är en vanlig och resurskrävande arbetsform inom det svenska vård- och omsorgssystemet, som berör ett stort antal yrkeskategorier och flera vårdgivare. Det resultat som presenterats här skall inte tolkas som en beskrivning av VOP-möten i generell bemärkelse. Ingen kvantitativ mätning har gjorts som kan visa om VOP-möten med hög kvalitet ur ett patientperspektiv är vanligare än möten med låg, men en vanlig kommentar från informanterna var att de VOP-möten som genomförs idag håller en högre kvalitet än tidigare. Det resultatet ändå ger information om är vilka svaga punkter och problem som finns och vilka möjligheter till förbättringar och kvalitetsutveckling som finns.

Informanterna kunde, på ett ganska enhetligt sätt, beskriva vad man uppfattade som ett idealt möte; alla informanter var att patientens/brukarens perspektiv skulle vara i fokus. Men trots det beskrevs problem av såväl praktisk, organisatorisk som kunskapsrelaterad art. Det fanns en komplex och splittrad syn på VOP-mötet bland informanterna och det finns inget enhetligt sätt att genomföra VOP-möten på. Det förekommer variationer av olika slag och personalen prioriterar sitt deltagande olika. Det förekom i vissa fall en okunskap om vilka regler som styr VOP-mötets och en osäkerhet om den egna rollen. Sättet att genomföra mötet på, exempelvis om det är värdefullt att sjukhusets sjuksköterskor deltar i hela mötet, delar av mötet eller inte alls, verkar i de flesta fall vara baserade på individuella preferenser.

Alla informanter uttryckte en vilja att genomföra vård- och omsorgsplaneringen på ett sätt som bidrar till att stödja patienter och närstående i övergången från sjukhus till vård- och omsorg i hemmet eller alternativa kommunala vård- och omsorgsformer. Mötet beskrevs som betydelsefullt av informanterna, framför allt som en möjlighet att ha en dialog med patient/brukare och närstående men också med representanterna för andra vårdgivare. Det beskrevs också som viktigt att alla inblandade delar samma information. Men mötet syftar inte bara till att fungera som en arena för informationsöverföring, det sågs också ett tillfälle för kommunens personal att presentera sig själva som personer och sin verksamhet och till att få möta och se patienten med egna ögon. Samtidigt kan mötet också ses som en början till "avsked" från sjukhusvården, en process som kan väcka oro bland såväl patienter, närstående som vårdpersonalen. VOP-mötet är en del av en kortare eller längre process där patienten/brukare i vissa fall också "vandrar" mellan vårdgivarna flera gånger. Ibland kan exempelvis de medicinska behoven vara dominerande för att sedan förändras så att behoven av social service blir mer omfattande, eller tvärt om. Hur vårdpersonalen kan samverka kring den här mer långsiktiga problematiken framkommer inte så tydligt i resultatet, vilket kan tyda på att VOP-mötet mer är att betrakta som ett utskrivningssamtal än ett möte för gemensam planering för att tillgodose patientens/brukarens behov av vård- och omsorg.

När det gäller patientens delaktighet beskriver informanterna att det finns ett problem i avvägningen mellan antalet personer som behöver delta, för att få ett tillräckligt omfattande beslutsunderlag vid bedömningen av patientens vård- och omsorgsbehov, och patientens möjlighet att få utrymme i samtalet. Det finns en risk för att patienten underordnar sig vårdpersonalens "expertroll" i samtalet. Det framkommer också att patientens delaktighet påverkas av hur och på vilket sätt samtalet är strukturerat. Ett öppet förhållningssätt, bland alla deltagare, ger större möjlighet att mer förutsättningslöst diskutera möjliga lösningar. När samtalet är förberett, genomtänkt, framtidsinriktat och målrelaterat samt tar sin utgångspunkt i patientens egna resurser, främjas patientens delaktighet. Vårdpersonal både från kommun och sjukhus ser huvudsakligen närstående

som betydelsefulla vid vård- och omsorgsplaneringen och att de har viktig information att bidra med vid behovsbedömningen. Man anser att det är viktigt att vara öppen för deras oro och förebygga missförstånd som kan innebära att man fastnar i onödiga konflikter. Anmärkningsvärt är att tolkanvändning generellt beskrivs som mycket ovanligt. Detta förklaras av att språkkulturen är homogent svensk, eller att närstående, eller någon i personalgruppen som känner patienten sedan tidigare, tolkar för patienten. Vissa informanter har inte uppfattat att det finns något behov. Det beskrivs som vanligare att tolk används vid patienters möten med läkare.

De resultat som belyser samverkan mellan yrkesgrupper och vårdverksamheter (sluten vård och kommun) visar att samarbetet mellan verksamhetsföreträdarna har förbättrats i många avseenden. Informanterna uttrycker i många fall en respekt för andra professionsföreträdare, både inom den egna men även i den andra organisationen. De problem som ändå framkommer har i högre grad handlat om bristande kunskap och förståelse för varandras verksamheter än om skillnader som har sin grund i olika yrkesperspektiv. Den kommunalt anställda vårdpersonalen, oavsett yrkesgrupp, anser att det ibland förekommer en attityd från sjukhuspersonalens sida som visar på en misstro till kommunens vilja att ta över vårdansvaret vid utskrivningen vid den tid som sjukhuset bedömt vara relevant. De anser också att det råder en okunskap bland sjukhusets personal när det gäller vilka resurser som finns i kommunen och vad det innebär att bedöma vilka vårdinsatser som är adekvata i det enskilda fallet. En sådan bedömning kräver kunskap om patientens hemmiljö och vilka rehabiliteringsresurser som finns i respektive kommun, kunskaper som ofta saknas på sjukhuset.

Å andra sidan uttrycker sjukhuspersonalen i datamaterialet misstro mot kommunens förmåga att bedöma och tillgodose patientens behov av vård- och omsorg i hemmet på grund av bristande medicinska kunskaper vid bedömningen av patientens vård- och omsorgsbehov. Det framkommer också att sjukhuspersonalen upplever dominanta attityder från vissa biståndsbedömarnas sida. Sjukhuspersonalen beskriver en frustration över att kommunens personal, i beslutsprocessen, inte fullt ut tar tillvara den kunskap om patientens aktuella hälsosituation och vårdbehov som sjukhusets personal har. Det framkommer också att sjukhuspersonalen i vissa fall saknar kunskaper om på vilka grunder rutinerna för vård- och omsorgsplanering har utformats och var gränserna för respektive verksamhet och yrkesgrupps ansvar går.

Ett problem som lyfts av både kommunal vårdpersonal och sjukhusanställd personal är att VOP-mötet inte alltid är väl förberett. Framför allt förekommer det att sjuksköterskorna på avdelningen är otillräckligt förberedda inför mötet eftersom organisationen på avdelningen innebär att personalen roterar enligt ett visst schema och regelbundet byter patientgrupper. Kontinuiteten i patientvården sviktar därför och situationen skapar frustration hos sjuksköterskan och irritation hos den kommunala personalen.

En svårighet som kan tolkas in utifrån resultatet är att hitta en balans mellan att ha tydliga gränser för var professionsföreträdarnas och verksamheternas ansvar och befogenhet går, men att samtidigt vara flexibel och öppen för andra professionsföreträdarens kompetens vid bedömningar av enskilda patienters behov. En huvudfråga är hur samverkan sker och hur dialog blir möjlig. VOP-mötet kan ses en arena för samtal och dialog mellan de verksamhetsföreträdare som lämnar över vårdansvaret till den mottagande vård- och omsorgsverksamheten. Resultatet pekar på att VOP-mötet som genomförs inför utskrivning från sjukhus på många sätt engagerar vårdpersonalen. Stort arbete har lagts ned på vissa enheter för att höja kvaliteten på mötet. Resultatet av den här studien kan i vissa avseenden tolkas som att VOP-mötet istället utnyttjas till att markera gränserna mellan verksamheterna (kommunal vård- och omsorg kontra sluten vård). Problematiken kan delvis förstås utifrån ett organisationsteoretiskt perspektiv som ett exempel på svårigheter som uppstår när verksamheter renodlas och/eller diversifieras (Lindqvist & Borell, 1998). Medan den medicinska verksamheten som bedrivs vid sjukhus har renodlats har verksamheten inom kommunal vård- och omsorg diversifierats med ett utökat vård- och omsorgsansvar som följd. Fler brukare och patienter, i behov av mer avancerad vård- och omsorg, finns idag inom den kommunala vård- och omsorgssystemet. Uttalande som att sjuksköterskor på sjukhuset upplever att deras roll vid VOP-möten idag är annorlunda än tidigare, kan ses som ett exempel på en kon-

sekvens av diversifierings-/renodlingsprocessen. Problemet framkommer också i beskrivningar av de oklara ansvarsgränser som upplevs i samverkan med primärvården när det gäller rehabilitering av äldre patienter.

Vård- och omsorgssystemet är en hierarkiskt uppbyggd institutionell verksamhet där vårdpersonal av olika kategorier har i uppgift att på ett effektivt sätt ”processa” människor genom systemets olika delar. Begreppet ”gräsrotsbyråkrat” har använts för att beskriva hur den byråkratiska organisationens representanter som arbetar på klientnivå, i det här fallet sjuksköterskor, biståndsbedömare och rehabiliteringspersonal, har som uppdrag att främja processen förlopp (Johansson, 1992). Resultatet tyder på att vårdpersonalen i flera fall inte är medvetna om sin egen roll och betydelse för hur VOP-mötet utvecklas och vilka konsekvenser det har för patienter och närstående. I datamaterialet framkommer också att läkarnas delaktighet i samverkan kring vård- och omsorgsplaneringen är marginell. Sjuksköterskorna, både på sjukhuset och i kommunen, tar istället ofta på sig ett ansvar för att lösa de praktiska problem som uppstår för att få vården att fungera. Detta kan tolkas som ett uttryck för att det ”gräsrotsbyråkratiska ” uppdraget delegerats till sjuksköterskorna.

VOP-mötet är en arbetsform som liksom annat vård- och omsorgsarbete bör vara evidensbaserat (SSF 2006, Oscarsson 2009, SBU 2009). Vård- och omsorgsplaneringens kvalitet avgörs inte bara av vad som beslutas utan också av hur beslutet går till. Enligt det resultat som har framkommit i den här studien föreslås ett utvecklingsprojekt med syfte att utveckla VOP-mötet som arbetsmetod med fokus på patienten/brukarens delaktighet. Den metod som föreslås är att utforma en tvärdisciplinär utbildning på avancerad högskolenivå. Inom utbildningens ram kommer ett arbetsmaterial med syfte att kvalitetssäkra VOP-mötet som arbetsform att utvecklas.

## REFERENSER

- Andersson, N. (2003). *Vårdplaneringar på sjukhus - Form, innehåll och upplevelser. Rapport nr 18.* . Stockholm: Kompetenscentrum inom äldreomsorg & äldreårdo. Document Number)
- Andersson, U. (2005). *Samordnad vårdplanering. En studie om den föreskrivna och den faktiska vårdplaneringen* (No. 2005:10). Härnösand: FoU Västernorrlando. Document Number)
- Anthony, M. K., & Hudson Barr, D. (2004). A patient-centered model of care for hospital discharge. *Clinical Nursing Research, 13*, 117-136.
- Armitage, S. K., & Kavanagh, K. M. (1998). Consumer-orientated outcomes in discharge planning: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing, 7*, 67-74.
- 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).
- Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing, 35*, 571-581.
- Carter, H., & MacInnes, P. (1996). Nursing attitudes to the care of elderly patients at risk of continuing hospital care. *Journal of Advanced Nursing, 24*, 448-455.
- Chadwick, A. (1998). Discharge planning: are we meeting the needs of our patients? . *Australasian Journal of Neuroscience, 11*, 8-11.
- Congdon, J. G. (1994). Managing the incongruities: the hospital discharge experience for elderly patients, their families, and nurses. *Applied Nursing Research, 7*, 125-131.
- 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).
- Efrimsson, E. (2005). *Vårdplaneringsmötet. En studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare.* Umeå university medical dissertations, Umeå.
- 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 delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge:* Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum 2006:70. Document Number)
- Gurner, U., & Wånell, S. E. (1998). *Färdigbehandlad och sen? Den äldre patienten vid utskrivning från slutet sjukhusvård. Sammanfattningar av två delstudier inom uppföljningen av Stockholms läns landstings utvecklingsplan:* Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum o. Document Number)
- Hau, W. W. (2004). Caring holistically within new managerism. *Nuring Inquiry, 11*, 2-13.
- Heaton, J. (2001). Hospital discharge and the temporal regulation of bodies. *Time and Society, 10*, 93-111.
- Hegney, D., McCarthy, A., de la Rue, M. B., Fahey, P., Gorman, D., Martin McDonald, K., et al. (2002). Discharge planning from the acute sector for people over the age of 65. *Collegian, 9*, 15-21.
- 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, R. (1992). *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Arkiv.
- LeClerc, C. M., Wells, D. L., Craig, D., & Wilson, J. L. (2002). Falling short of the mark: tales of life after hospital discharge. *Clinical Nursing Research*, 11, 242-266.
- Lindqvist, R., & Borell, K. (1998). Inledning: Organisation och välfärdspolitik. In R. Lindqvist (Ed.), *Organisation och välfärdsstat*. Lund: Studentlitteratur.
- Littorin, C. (2001). *Samordnad vårdplanering - för vem?*. Halmstad: Hallands FoU-enhet för äldre och handikappomsorgo. Document Number)
- 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.
- Nazarko, L. (1998). Improving discharge: the role of the discharge co-ordinator. *Nursing Standard*, 12, 35-37.
- Opie, A. (1998). "Nobody's asked me for my view": users' empowerment by multidisciplinary health teams. *Qualitative Health Research*, 8, 188-206.
- Payne, S., Kerr, C., Hawker, S., Hardey, M., & Powell, J. (2002). The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age and Ageing*, 31, 107-117.
- Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multidisciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18, 29-41.
- Reed, J., & Stanley, D. (2003). Improving communication between hospitals and care homes: the development of a daily living plan for older people. *Health and Social Care in the Community*, 11, 356-363.
- Regeringskansliet. (2007). *Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Lägesrapport 2007* o. Document Number)
- Ring, R.-M. (2005). *Vårdplanering- det goda mötet? Rapport om ett utvecklingsprojekt i Dalarna*: Dalarnas forskningsråd. Arbetsrapport. Document Number)
- Robinson, A., & Street, A. (2004). Improving networks between acute care nurses and an aged care assessment team. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 486-496.
- Rosbotham Williams, A. (2002). Integrating health care services for older people *Nursing Times*, 98, 40-41.
- Hälso- och sjukvårdslag, (1982:763).
- Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, (1990:1404).
- Socialtjänstlag (2001:453).
- SKL. (2008). *Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Undersökning 2007, Sveriges kommuner och landsting*. Stockholm. Document Number)
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapporter 2006*., from [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport*.
- 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).
- Styrborn, K. (1995). Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals: an intervention study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23, 273-285.

- Styrborn, K., Larsson, A., & Drettner, G. (1994). Outcomes of geriatric discharge planning: a quality assurance study from a geriatric rehabilitation ward *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 26, 167-176.
- Tappen, R. M., Hall, R. F., Stahura, P., & Blume, L. (1995). Adequacy of preparation for discharge from the rehabilitation units of a long-term care institution. *Rehabilitation Nursing Research*, 4, 98-103.
- Wells, D. L. (1997). A critical ethnography of the process of discharge decision-making for elderly patients. *Canadian Journal on Aging*, 16, 682-699.
- Whitton, L. S. (2000). Navigating the hazards of the eldercare continuum. *Journal of Mental Health and Aging*, 6, 145-158.
- Wikström, E. (2001). *Att utveckla den samordnade vårdplaneringen - en utvärdering av ett implementeringsarbete i Kronobergs län Växjö: FoU-rapport 2001:40. Document Number)*

# BILAGA 1

## Informanter

### Sjukgymnaster och arbetsterapeuter

Yrke	AT	AT	SG	AT	AT	SG	AT	SG	AT	SG	
Arbetsplats	SH	SH	K	K	K	SH	K	K	K	SH	
Ålder	45	40	?	40	33	40	36	55	47	32	Medelålder 40,8 år
Yrkeserfarenhet	22 år	5 år	10 år	14 år	10 år	8 år	14 år	36 år	7 år	5 år	Medelvärde: 13,1 år

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter: åldersfördelning mellan 32 och 55 år (medelålder 40,8 år). Av dessa arbetade fyra (2 AT och 2 SG) på sjukhus och sex på sjukhus. Yrkeserfarenheten varierade mellan 5 och 36 år (medelvärde 13,1 år).

### Sjuksköterskor anställda på sjukhus

Ålder	55	50	41	53	51	53	48	25	27	Medelålder: 44,7 år
Yrkeserfarenhet	30 år	26 år	7 år	8 år	8 år	7 år	26 år	3 år	5 år	Medelvärde: 13,3 år

Informanternas medelålder varierar mellan 25 år och 55 år med en medelålder på 44,7 år. Genomsnittlig yrkeserfarenhet varierade mellan 3 och 30 år (medelvärde 13,3 år och median: 8 år).

### Biståndsbedömare

Ålder	54	49	48	64	31	30	41	56	30	49	Medelålder: 44,9 år
Yrkeserfarenhet	12 år	25 år	18 år	23 år	8 år	5 år	3 år	13 år	5 år	3 år	Medelvärde: 11,5 år

Biståndsbedömarnas åldrar varierar mellan 30 – 64 år (medelålder 40,3 år) och deras yrkeserfarenhet varierar mellan 3 – 25 år (medelvärde 11,2 år). Nio kvinnor en man intervjuades.

### Sjuksköterskor anställda inom kommunen

Ålder	52	42	50	49	59	42	30	62	45	30	35	Medelålder: 45,1 år
Yrkeserfarenhet	30 år	4 år	30 år	6 år	36 år	4 år	8 år	41 år	9 år	1 år	10 år	Medelvärde: 16,3 år

Elva sjuksköterskor anställda inom kommunal hälso- och sjukvård intervjuades. Deras åldrar varierade mellan 30 – 62 år med en medelålder på 45, 1 år. Yrkeserfarenheten varierade mellan 1 och 41 år med ett genomsnittligt värde på 16,3 år (median 9 år).



## BILAGA 2

### Intervjufrågor

#### 1. Bakgrundsvariabler

- Hur gammal är du?
- När tog du din examen?
- Har du någon vidareutbildning?
- Hur länge har du medverkat vid vårdplaneringar?

#### 2. Berätta om dina erfarenheter av vårdplaneringsmöten.

- ge gärna konkreta exempel

#### 3. Vad har du för upplevelse av tvärdisciplinär samverkan?

- Hur ser du på samverkan mellan kommun och primärvård samt kommun och slutenvård?
- Hur ser du på rehabiliteringspersonalens roll vid vårdplanering?
- Hur ser du på biståndsbedömarens roll vid vårdplanering?

#### 4. Hur ser du på kommunikationen under vårdplaneringsmötet?

#### 5. Hur upplever du att vårdplaneringsmötet blir för patienten?

- Hur upplever du att patientens delaktighet är under vårdplaneringsmötet?

#### 6. Hur upplever du att vårdplaneringsmötet blir för de närstående?

- Hur upplever du att de närståendes delaktighet är under vårdplaneringsmötet?

#### 7. Vad har du för upplevelser av tid vid vårdplanering?

- Hur upplever du tid för förberedelse?
- Hur upplever du val av tidpunkt utifrån patientens, närståendes samt personalens perspektiv?
- Hur upplever du vårdplaneringsmötets längd?
- Hur skulle du vilja att det var?

# TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER FRÅN ÄLDREVÄST SJUHÄRAD/ FOU SJUHÄRAD VÄLFÄRD

## Rapporter i serien Rapport från ÄldreVäst Sjuhärad/FoU Sjuhärad Välfärd: 2002 - 2009

- Lönn Svensson Anngerd och Kokkonen Marika (2009) *Attitydförändring och nya arbetsformer för social dokumentation. En utvärdering av ett projekt inom äldreomsorgen i sju kommuner.*
- Rönmark Lars (2008). *Rollen som brukarsamordare i psykiatrin.*
- Lebedinski Lolo (2008). *Miltonprojektet: Integrerad Psykiatri Dubbeldiagnoser - en utvärdering.*
- Lebedinski Lolo (2008). *Miltonprojektet: SamKom - en utvärdering*
- Esbjörnson Sara, Björkman Ingrid, Henriksson Anna, Lidskog Ritva, Sjören Marie, Wessbo Gunnel, Karlsson Per-Åke (2008). *Så tycker brukarna om äldreomsorgen i Herrljunga, Svenljunga och Tranemo. 2008 jämfört med 2004.*
- Källman Ulrika (2008) Virtuellt Sårcentrum - ett koncept för kunskapsspridning. *Slutrapport Virtuellt Sårcentrum.*
- Nordström, M & Redberg, P (2007). *Livssituationen för personer med psykiskt funktionshinder i Sjuhärad.*
- Hanson, E, Magnusson, L, Winqvist, I & Sennemark, E (2006). *Meningsfull vardag i särskilt boende i Sjuhärad.*
- Lönn Svensson, A & Kokkonen, M (2006). *Nulägesbeskrivning av projektet Social dokumentation. Våren 2006.*
- Höglund, E (2006). FoU-projektet Social dokumentation. *Redogörelse för arbetet 2004-2005.*
- Karlsson, P-Å, Nordström, M, Niemi, M, Redberg, P (2005). *Vad gör de som hjälper gamla i hemmet? En studie om samverkan och kompetens inom äldreomsorgen.*
- Ehrlund, 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 förutsättningar för en etablering*. Rapport från ÄldreVäst Sjukhärad.
- Ingemansson, M, Nilsson, M & Sonn, U (2002). *Rehabilitering för äldre - guide vid val av mät-instrument*. Rapport från ÄldreVäst Sjukhärad.

## Arbetsrapporter och delrapporter: 2002 - 2009

- Höglund Eva och Hallberg, Maria (2009) FoU-projektet Social dokumentation - en redogörelse för arbetet 2006-2008.
- Andersson Eva-Lotta (2009). *Vad gör tidigare medarbetare vid ÄldreVäst Sjuhärad nu och vad betydde uppdraget för dem?*
- Andersson Eva-Lotta och Alth Camilla (2009). *Uppföljning av Informationsarbetet vid ÄldreVäst Sjuhärad.*
- Redberg Pia (2008) *Arbeterapeuters och Sjukgymnasters syn på projekt HemRehabs inledningskede.*
- Danung Claes, Salomonsson Sven-Bertil - med forskarstöd av Rönmark Lars (2008). *BRASS - BRukare och personliga ASSistenter i samverkan.*
- Lönn Svensson A, Kokkonen M (2008). *På väg mot social dokumentation - Mittrapport från utvärdering av projektet Social dokumentation.*
- Lindgren L (2008) *Största möjliga lycka till största möjliga antal äldre och funktionshindrade. Utvärdering av ÄldreVäst Sjuhärads publikationer och aktiviteter.*
- Karlsson P-Å, Andersson E-L (2007). *Medarbetarnas värdering av ÄldreVäst Sjuhärad utifrån kvalitetsaspekter. Självvärdering del 2 maj 2007.*
- Andersson E-L, Karlsson P-Å (2007) *ÄldreVäst Sjuhärad - Sju år av FoU-arbete. Del 1. En beskrivning och några värderande självreflektioner.*
- Lönn Svensson, A & Kokkonen, M (2008). *På väg mot social dokumentation - Mittrapport från utvärdering av projektet Social dokumentation.*
- Lindgren, L (2007). *Största möjliga lycka till största möjliga antal äldre och funktionshindrade. Utvärdering av ÄldreVäst Sjuhärads publikationer och aktiviteter.*
- Karlsson, P-Å & Andersson, E-L (2007). *Medarbetarnas värdering av ÄldreVäst Sjuhärad utifrån kvalitetsaspekter. Självvärdering del 2 maj 2007.*
- Andersson, E-L & Karlsson, P-Å (2007). *ÄldreVäst Sjuhärad – Sju år av FoU-arbete. Del 1, En beskrivning och några värderande självreflektioner.*
- Höglund, E (2006). *FoU-projektet Social dokumentation. Redogörelse för arbetet 2004-2005.*
- Sennemark, E, Hanson, E, Magnusson, L (2005). *Gemenskap på äldre dar'. En studie om äldre kinesers livssituation, behov och önskemål inför alderdomen.*
- Winqvist, I (2005). *Utvärdering av projekt Efterlevandestöd för anhörigvårdare.*
- Nolan, M, Hanson, E, Nolan, J, Magnusson, L, Sennemark, E (2005). *Planeringsinstrument för anhörigstöd.* (Utgivare: Socialstyrelsen) Notera: Den svenska rapporten från COAT-projektet.
- Winqvist, I, Hanson, E (2005). *Meningsfull dag i särskilt boende. En litteraturoversikt.*
- Hanson, E, Nolan, J, Magnusson, L, Sennemark, E, Johansson, L, Nolan, M, (2005). *The development and pilot testing of COAT – the Comparative Outcome Assessment Technique for family carers of older people.* (ÄVS rapport) Notera: Den engelska rapporten från COATprojektet.
- Dunér, A, Nordström M, et al (2005). *Kollegiegranskning av biståndsbedömare inom äldreomsorgen.*
- Lancha, M (2005). *En kartläggning av äldre finska invandrades kostvanor och hälsa i Marks kommun.*
- Björfjäll, A, Johansson, J (2004). *IT för lärande i vården – informations- och kommunikationsarena för kunskap inom nätverk.*
- Björfjäll, A, Johansson, J (2004). *Prova På Rums-verksamhet i Borås Stad – en beskrivning av språkträning för personer med afasi.*

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



## FoU Sjuhärad Välfärd

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

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

FoU Sjuhärad Välfärd administreras av Högskolan i Borås och finns även lokaliserad i högskolans lokaler. Läs mer om FoU Sjuhärad Välfärd på webbplatsen [www.fousjuharadvalfard.se](http://www.fousjuharadvalfard.se). Där finns även möjlighet att beställa tidigare utgivna rapporter.



Besöksadress: Högskolan i Borås, Allégatan 1 Postadress: Högskolan i Borås,  
FoU Sjuhärad Välfärd, 501 90 Borås. Tel. 033-435 40 00  
e-post: [fousjuharadvalfard@hb.se](mailto:fousjuharadvalfard@hb.se) webb: [www.fousjuharadvalfard.se](http://www.fousjuharadvalfard.se)