

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:49

Vård- och omsorgsplanering

Intervjustudie ur kommunalt anställda sjuksköterskors perspektiv

Jenny Andersson
Berit Carlsson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Vård- och omsorgsplanering
Intervjustudie ur kommunalt anställda sjuksköterskors perspektiv

Författare: Jenny Andersson
Berit Carlsson

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Specialistsjuksköterskeutbildning - Distriktsjuksköterska

Handledare: Eva Efraimsson

Examinator: Elisabeth Björk Brämberg

Sammanfattning

I dagens Sverige blir vårdtider på sjukhus allt kortare. En studie i Stockholm 2007 visar att 25 % av samtliga patienter blir aktuella för vård- och omsorgsplanering inom äldreomsorgen. Det finns ett behov av att förbättra patientens delaktighet i vård- och omsorgsplaneringen då tidigare forskning visar att den varit låg. Vi anser det viktigt att beskriva kommunalt anställda sjuksköterskors perspektiv av att delta i vård- och omsorgsplanering. Genom att kartlägga deras upplevelser och erfarenheter av vård- och omsorgsplanering kan kunskaper erhållas så att vård- och omsorgsplanering kan förbättras. Syftet med uppsatsen är att beskriva vård- och omsorgsplanering ur kommunalt anställda sjuksköterskors perspektiv. Intervjuer har genomförts med 11 kommunalt anställda sjuksköterskor med stöd av semistrukturerade frågor. Datamaterialet har analyserats utifrån riktad innehållsanalys och presenteras i fem huvudkategorier. Patientens roll i vårdplaneringsmötet är central och det finns en vilja hos personalen att ha patienten i fokus. Många faktorer försämrar dock patientens delaktighet. Vårdpersonalens roll är att vara stödjande för patienten, men ibland kan okunskap om patienten samt förbestämd uppfattning om framtida vårdinsatser utgöra ett hinder. Närstående utgör ett stöd för patienten, men brister ibland i att fråga efter eller respektera hans vilja. Vårdplaneringsmötet ligger många gånger lite för tidigt i tiden då alla utredningar och besked inte är klara. Samverkan mellan olika tvärprofessionella samarbetspartner är avgörande för hur den samordnade vård- och omsorgsplaneringen fungerar. En bra vård- och omsorgsplanering är en planering där alla medverkar för patientens skull och sätter patienten i fokus. Det finns ett ökat intresse för vård- och omsorgsplaneringar och en vilja att förbättra rutiner ute i kommunen. För att vårdplaneringsmötet ska bli så bra som möjligt behöver samverkan mellan slutenvården och kommunen förbättras.

Nyckelord: Vård- och omsorgsplanering, Sjuksköterskor i kommunen, Patientens delaktighet, Tvärprofessionell samverkan, Informationsöverföring, Äldre

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Vård- och omsorgsplanering ur ett vårdvetenskapligt perspektiv	1
Lagar och förordningar som reglerar vård- och omsorgsplanering	2
Lokala förutsättningar för samordnad vård- och omsorgsplanering	3
Tidigare forskning och undersökningar inom vård- och omsorgsplanering.....	4
Projekt inom Äldreväst Sjuhärad	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
Ansats	7
Informanter	7
Datainsamling.....	8
Dataanalys	9
Etiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Patientens delaktighet i vård- och omsorgsplanering	10
Personliga förutsättningar till delaktighet.....	10
Yttre faktorerers påverkan på delaktighet.....	11
Uppföljande vård- omsorgsplanering i hemmet	12
Samverkan med närstående	12
Närståendes närvaro vid vård- och omsorgsplanering.....	12
Närståendes kunskapsnivå och förhållningssätt	13
Närståendes förmåga till acceptans	13
Att förhålla sig till etiska problem	13
Tvärprofessionell samverkan	14
Informationens betydelse.....	14
Strukturer för vård- och omsorgsplanering.....	15
Betydelsen av kunskap om kommunal hälsovård.....	15
Medverkan av olika verksamheter och professioner	16
Samverkan med biståndsbedömare.....	17
Kommunikationens betydelse	18
Viljan till förbättrad kommunikation.....	18
Tidens betydelse	19
Tid till förberedelser	19
Tidpunkt för vårdplaneringsmötet	19
Vårdplaneringsmötets längd	20
DISKUSSION	21
Resultatdiskussion	21
Viljan att ha patienten i fokus.....	21
Stress vid vårdplaneringsmötet och behov av struktur	22
Kommunikationens och informationens betydelse.....	23
Metoddiskussion	24

Praktisk tillämpning	25
SLUTSATS	26
REFERENSER	27

BILAGOR

Bilaga 1 Intervjuunderlag

Bilaga 2 Informationsblad

Bilaga 3 Broschyr Information om vårdplanering

Bilaga 4 Faxblankett - Samordnad vårdplanering

Bilaga 5 Underlag inför samordnad vårdplanering

Bilaga 6 Samordnad vårdplan

INLEDNING

Idag bor allt fler äldre personer kvar i hemmet med insatser från hemtjänst och/eller hemsjukvård. Att helt plötsligt vara beroende av hjälp från någon annan kan vara en omstörtande och dramatisk händelse både för den drabbade och dennes familj. Många äldre skrivs idag ut från sjukhusen efter allt kortare vårdtider. Vid dessa korta vårdtider kan det för patient och anhöriga vara svårt att ta till sig den nya situationen och avgöra vilka behov som nu finns. Här tror vi att vård- och omsorgsplanering har ett viktigt syfte att fylla. En bra genomförd vård- och omsorgsplanering kan medverka till att utskrivningen från slutenvården blir en positiv upplevelse och en bra början på en ny situation för såväl patient som anhöriga. Vi har båda arbetat eller arbetar på rehabiliteringsavdelningar där vård- och omsorgsplaneringar är en stor och viktig del i patientens vård. Vi har således erfarenhet av att vara ansvarig sjuksköterska från slutenvårdens sida vid vård- och omsorgsplaneringar men har ingen erfarenhet från att arbeta som sjuksköterska i kommunen. Som ett led att i framtiden kunna förbättra vård- och omsorgsplaneringar ytterligare tycker vi att det är av intresse att få ta del av kommunalt anställda sjuksköterskor perspektiv på vård- och omsorgsplanering. När representanter från högskolan i Borås presenterade förslag på uppsatsämnen fastnade vi för möjligheten att delta i ett större projekt inom Äldreväst. Denna uppsats kommer att bli en del i detta projekt.

BAKGRUND

Bertil är 75 år och har en inoperabel magcancer som är spridd till bukhinnan. Han har vårdats på ett korttidsboende. Nu är det dags för vårdplanering inför utskrivningen från korttiden. Hans två barn har kommit och de väntar nu på biståndsbedömarens och sjuksköterskans. De knackar på dörren till hans rum, hälsar på Bertil och barnen och säger att "Nu ska vi vårdplanera." Bertil säger då sakta med sin svaga röst men på ett självklart sätt: "Jaha, och då måste det vara jag som är ordförande!" Det blir alldeles tyst, ingen säger något. Han säger sen: "Vad gäller saken? Låt mig få veta, berätta!" Sjuksköterskan berättar om hemsjukvården och säger att "Jag ringer dig i morgon så gör vi upp om tid så kommer någon hem till dig och skriver in dig i hemsjukvården". Bertil svarar vänligt men bestämt: "Det tror jag inte, det här tål att tänka på. Det här är nytt för mig och jag behöver tänka, det här går för fort". En lång paus följer och efter en stund säger Bertil: "Vi säger att jag ringer om jag vill ha hemsjukvård. Jag behöver tänka" (Ternstedt, 2007, s. 151-153).

Citatet har vi valt då det på ett inlevelsefullt sätt belyser hur viktigt det är att patienten får vara huvudpersonen i vård- och omsorgsplaneringen. För att patienten ska kunna vara huvudperson anser vi att personalens förhållningssätt viktigt. Alla patienter är inte lika starka och klarsynta som Bertil och då är det extra betydelsefullt att personalen stödjer och underlättar för patienten att bli delaktig.

Vård- och omsorgsplanering ur ett vårdvetenskapligt perspektiv

När det blir aktuellt med vård- och omsorgsplanering har patienten ofta genomgått en stor förändring i livet. Denna förändring kan ha inträffat hastigt och patienten kan fortfarande befinna sig i en bearbetningsfas. Denna förändring kan ur ett vårdvetenskapligt perspektiv benämnas transition. Enligt Berg (2008) översätts begreppet som övergångar och förekommer i övergångsperioder under människors liv betingade av naturlig utveckling, situationsrelaterade övergångar och hälsobetingade förändringar. Transition kännetecknas av att det är en process som sker över tid, omfattar utveckling och rörelse samt berör roller,

identitet, relationer, förmågor och beteendemönster. Faktorer som påverkar transitionen är upplevelse av mening, förväntningar och förberedelse, kunskapsnivå och förmåga, planeringsnivå, miljö och välbefinnande eller lidande. Meleis, Sawyer, Im, Messias och Schumacher (2000) beskriver i sin artikel olika transitions som människor hamnar i. Människor i transition är mer sårbara för risker som får effekter på deras hälsa. Författarna betonar vikten av att lyfta dessa risker för att öka förståelsen av transitionsprocessen. Sjuksköterskor är ofta de primära vårdgivarna som uppmärksammar de förändringar och krav som transitionen innebär i det dagliga livet för patienter och deras familjer. Sjuksköterskor får vidare förbereda patienter inför transitioner och underlätta processen att lära sig nya färdigheter relaterade till patientens upplevelse av hälsa och sjukdom.

Att bli aktuell för en vård- omsorgsplanering innebär ofta att hamna i en situation där relationen till vårdpersonalen blir viktig. Enligt Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) kännetecknas vårdrelation mellan vårdare och patient av ett professionellt engagemang som innebär att vårdaren inte räknar med att få ut något för egen del. Det förutsätter öppenhet och reflekterande förhållningssätt från vårdarens sida. Ansvar för vårdrelationen ligger alltid hos vårdaren och det är vårdarens ansvar att vårdrelationen blir positiv. Målsättningen är att det ska uppstå en vårdande relation där vårdaren gör sitt bästa för att lindra lidande och främja hälsa. I en vårdande och livgivande relation möts alltid två subjekt i vårdrelationen där båda alltid är aktiva i någon mening. I den vårdande relationen berörs såväl kroppsliga, själsliga och andliga aspekter. Hinder för att skapa en vårdande relation med patienten kan vara tidsbrist, att patienten gör vårdaren osäker, en rädsla att bli alltför involverad och en oförmåga att se sig själv och den andre som två olika personer.

Vid vård- och omsorgsplanering är det viktigt att utgå från patientens livsvärld och betrakta patienten som expert på sig själv och det liv han vill leva. Enligt Dahlberg et al. (2003) innebär livsvärldsperspektiv att uppmärksamma människors vardagsvärld och dagliga tillvaro. Det innebär vidare att se, förstå, beskriva och analysera världen såsom den erfars av människor. Livsvärlden är den levda världen och det är genom livsvärlden vi älskar, hatar, arbetar, tycker och tänker. Det är i livsvärlden vi söker efter mening och livsinnehåll. Vi finns till i världen via vår livsvärld. Livsvärldsansatsen visar sig i vårdandet genom det etiska patientperspektivet som innebär fokuserande på hur patienten erfår sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande och sin vård. Detta förutsätter en öppenhet, följsamhet och medveten nyfikenhet för patientens levda värld. Det innebär vidare att betrakta patienten som den främsta experten på sig själv, sitt lidande och välbefinnande.

Lagar och förordningar som reglerar vård- och omsorgsplanering

Samverkan mellan olika vårdgivare när det gäller vård och omsorgsplanering regleras i olika lagar och föreskrifter. I lagen om kommunernas betalningsansvar, SFS (1990:1404) uppges att kommunen ska betala ersättning till ett landsting för kostnader för hälso- och sjukvård åt personer som är folkbokförda i kommunen. Lagen har senare ändrats och förtydligats och innebär enligt den nya författningen, SFS (2003:193) att kommunen har betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Ett inskrivningsmeddelande ska underrätta berörda enheter i den öppna vården eller omsorgen om att patienten efter utskrivning kan komma att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppen psykiatrisk vård eller annan öppenvård.

En vårdplan ska upprättas och utformas i samarbete med företrädare från berörda enheter och patient och närstående bör delta i vårdplaneringen. I vårdplanen ska uppgifter finnas om behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Betalningsansvaret inträffar inom den somatiska akutsjukvården tidigast fem dagar efter det att kommunen mottagit kallelse till vårdplanering och inom psykiatrisk vård tidigast 30 vardagar.

Socialstyrelsens bindande föreskrift, SOSFS (2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård fastställer att landsting och kommunerna i samråd skall utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information. Föreskrifterna beskriver vad rutinerna skall innehålla, vilka ansvarsförhållande som råder och hur vård och omsorgsplaneringen skall genomföras. Här betonas vikten av samverkan, delaktighet och respekt för den enskildes integritet. Vidare fastslås att vid vårdplaneringen skall personal från berörda enheter delta som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen.

I dagens Sverige blir vårdtiderna på sjukhusen allt kortare. Det beror till viss del på att behandlingsmetoder har blivit effektivare men också på besparingar och minskade vårdplatser. Enligt Socialstyrelsen (2008a) har exempelvis antalet platser inom geriatrisk vård minskat med 25 % mellan åren 2001 och 2006. Andelen som bor i permanent särskilda boendeformer bland personer 80 år och äldre har minskat från 20 % år 2000 till 16 % år 2006. Effekten av förkortade vårdtider inom slutenvård och minskade platser i särskilda boenden medför att allt fler äldre personer med stora omsorgsbehov skrivs ut från sjukhusen för att få fortsatt vård och omsorg av den kommunala äldreomsorgen eller av primärvården. Socialstyrelsen (2008b) redovisar en studie om äldre patienters behov och här framkommer det att en fjärdedel av samtliga patienter som skrevs ut från något sjukhus inom Stockholms läns landsting under oktober 2007 aktualiserades för vårdplanering inom äldreomsorgen.

Lokala förutsättningar för samordnad vård- och omsorgsplanering

En lokal anvisning för hälso- och sjukvården i Södra Älvsborg (2008) om informationsöverföring och samordnad vårdplanering finns och är en bindande föreskrift. I denna lokala anvisning klarläggs rutiner kring överrapportering från kommunala hälso- och sjukvården/socialtjänsten till sjukhus, inskrivning på sjukhus, faxrutiner, kallelse till samordnad vårdplanering, upprättande och justering av samordnad vårdplan, betalningsansvar, utskrivning från sjukhus, vård i livers slutskede och patientrelaterad handledning. Följsamheten till den lokala anvisningen har varit bristfällig (Södra Älvsborgs Sjukhus och Primärvården Södra Älvsborg inom Sjuhärad, 2006). Av denna anledning startades projektet "Samordnad vårdplanering" april 2005 som var ett gemensamt projekt mellan primärvården och Södra Älvsborgs Sjukhus och pågick till december 2006. Syftet med projektet var att få en följsamhet till den bindande lokala anvisningen till 80 % samt öka läkarnas delaktighet. I resultatet framgår att läkarna på sjukhuset och i primärvården nästan aldrig är involverade i vårdplaneringen, att rutiner för att följa upp om vårdplanen justeras inte tillämpas samt att rutiner med säker fax inte alltid används. En förbättringsprocess har dock påbörjats, men erfarenheterna visar att processen är komplicerad och svårhanterlig.

När slutenvården bedömer att patienten kommer att behöva vård, omsorg eller rehabiliteringsinsatser efter utskrivning skickas i nuläget faxmeddelande, "faxblankett-samordnad vårdplanering", till den kommun som patienten är bosatt i samt till den vårdcentral

som patienten är listad, bilaga 4. Sjuksköterskor i kommunen använder faxmeddelandet ”underlag för samordnad vårdplanering”, bilaga 5, för att bedöma om hemsjukvårdsinsatser är aktuella. Då ett vårdplaneringsmöte är bokat är det sjukhusets ansvar att dela ut broschyren ”information om vårdplanering”, bilaga 3, till patienten. I broschyren framgår syftet med vårdplaneringsmötet och en beskrivning över vad som sker under vårdplaneringsmötet. Information om vilka olika insatser som kan ges i primärvård, hemtjänst, hemsjukvård, rehabilitering och särskilt boende/korttidsplats finns också beskrivet. Vid vårdplaneringsmöte ska en samordnad vårdplan upprättas och justeras av representant från kommunen, slutenvården och öppenvården. Eftersom öppenvården sällan medverkar vid den samordnade vård- och omsorgsplaneringen måste faxblanketten ”samordnad vårdplan”, bilaga 6, faxas till vårdcentralen för justering med namnteckning från primärvården (Lokal anvisning för hälso- och sjukvården i Södra Älvsborg, 2008).

Enligt Lokalt projekt – Implementation av ny rutin och IT-stöd (2008) har ett nytt lokalt projekt med regional uppbackning startats vars uppgift är att implementera ett webbaserat IT-stöd som ersättning till dagens faxning av information mellan sjukhus, primärvård och kommun. Förhoppningen är att IT-stödet ska ge en bättre patientsäkerhet, smidighet samt en ökad kvalitet på informationen som utbyts.

Vissa Sjuhäradskommuner har inrättat tjänster som vårdplaneringssjuksköterska. Anledning till detta är att många gånger har det varit svårt för patientansvarig sjuksköterska i kommunen att åka på de snabbt uppkomna vårdplaneringsmötena då hon haft andra inbokade besök. För att bland annat säkerställa sjuksköterskans närvaro vid alla vårdplaneringsmöten tillkom dessa tjänster. Att vara vårdplaneringssjuksköterska kan innebära att genomföra 100-150 vård- och omsorgsplaneringar per år vilket ger en erfarenhet och möjlighet till enhetlig bedömning. Vid palliativa patienter och andra speciella situationer då det bedöms som lämpligast, blir det dock oftast patientansvarig sjuksköterska i kommunen som åker på vårdplaneringsmötet.

Tidigare forskning och undersökningar inom vård- och omsorgsplanering

Enligt Rydeman och Törnkvist (2006) finns det generella och lokala faktorer som påverkar sjuksköterskors och biståndsbedömares handlande i utskrivningsprocessen. Uppdelningen mellan olika organisationer och olika professioner upplevs som oklar av både personal och patient samt dennes familj. Även åtstramningen av resurser upplevs påverka hur länge patienten får stanna på sjukhuset samt möjligheten att få rehabilitering. De mer lokala faktorerna som påverkar är problem med rutiner, målen hos de berörda, de kulturspecifika strukturerna samt områdena för deras professionella kunskap. Kunskapen av varandras professioner upplevs som bristande och det medicinska språket har både en negativ inverkan på patientens möjlighet till medverkan och de professionellas agerande. Oklara strukturer leder till samarbetssvårigheter, fel kanaler för kommunikation och oenighet om vem som hade ansvaret för patientens fortsatta vård. De professionella upplever en skillnad i vad de själva tycker är patientens behov och vad som planeras vilket leder till frustration och dilemma. De professionellas syn på patienten är ibland objektiv med ett fokus som ofta bara ligger på medicinska behov. De flesta försöker framhäva vikten av patientens integritet och rätt till självbestämmande men känner att detta inte alltid följs. Patienten ses ofta som ensam och exponerad i en ofördelaktig och beroende position i utskrivningsprocessen. Patientens resurser är dess kognition, förmåga att agera samt dess sociala stöd. Patientens förståelse för situationen anses viktig för patientens medverkan i utskrivningen. De professionella känner att det ofta är för mycket information för patienten att ta in. Patientens sjukdom kan utgöra ett hot mot den önskade livssituationen och det är svårt för patienten att ha en komplett bild av

hur situationen hemma kommer att bli. Familjemedlemmar ses ofta som en resurs som kan stödja patienten och även kompensera patientens eventuella bristande resurser. Men ibland övertalar familjemedlemmarna patienten vilket även vårdgivare kan göra.

En fallstudie visar att trots att en patient har personliga resurser och ett bra stöd från familjen så upplever patienten maktlöshet i vårdplaneringssituationen. Den mesta tiden av vårdplaneringsmötet utnyttjades av vårdarna som även till stor del avgjorde vilka samtalsämnen som behandlades. Det handlade huvudsakligen om det fysiska hälsotillståndet och hur rehabiliteringen hade gått samt möjlighet till eftervård och utskrivningsrutiner. Under samtalet användes fackuttryck och patienten refererades ofta till i tredje person. Vidare studier visar att det vid vårdplaneringsmöten är patientens möjlighet att påverka vården begränsad. I vissa fall utsattes patienterna för påtryckningar att godta ett förslag och många gånger fanns inga alternativa förslag eller så beskrevs dessa dåligt. När patientens eller närståendes önsknings inte överensstämde med de professionella vårdarna önsknings uppstod ett dilemma. Ett dilemma kunde även uppstå om patientens behov var större än de närståendes förmåga eller när patienten och närstående hade olika önskemål. Vårdpersonalen försökte att ge individualiserad vård men var samtidigt tvungna att se till institutionens intresse. Inför vårdplaneringsmötet kände sig patienterna oförberedda. De visste inte hur mötet skulle genomföras eller vad det skulle handla om. De kände sig också osäkra i hur vårdsystemet fungerade, vilken eftervård som fanns och var den fanns samt vilka som skulle delta i mötet (Efraimsson, 2005).

Carroll och Dowling (2007) har genomfört en litteraturoversikt i aktuell forskning med syfte att kartlägga vilka faktorer som är avgörande för utskrivningsplaneringen så att fortsatt god och säker vård säkerställs för patienten. Dessa faktorer är kommunikation, samordning och utbildning, patientdelaktighet och samarbete mellan medicinsk personal. Effektiv kommunikation mellan patient och personal i en öppen dialog är nödvändig för en lyckad utskrivning. Vidare behövs samordning och utbildning för att uppnå en effektiv utskrivningsplanering. Det förefaller som hälso- och sjukvårdspersonal inte utbildar varandra i uppgiften utskrivningsplanering.

Moats (2006) skriver i sin artikel att arbetsterapeuter anser att beslutstagande kring utskrivning varierar beroende på i vilken klinik beslutet tas. På rehabiliteringskliniker med långa vårdtider finns mer tid att fokusera på patientens perspektiv. Inom akutavdelningar finns en stor tidsbegränsning som ger press på snabba beslut. Detta leder till att viktiga beslut ofta baseras på begränsade bedömningar. På rehabiliteringsavdelningar värderas åsikterna hos alla i teamet lika medan det på akutavdelningar är läkaren som bestämmer, ofta utan att ens fråga om arbetsterapeutens åsikt. Om patienterna fick mer tid skulle de kunna förbättras tillräckligt för att skrivas ut till hemmet istället för till ett boende.

Siegler et al. (2007) har i sin artikel undersökt om ett elektroniskt remissystem kan underlätta kommunikationen och därmed få en bättre plan för vården i hemmet. Studien visar att det elektroniska systemet inte ökar läkarens medverkan i hemsjukvården men kan tillsammans med ytterligare och bredare system öka och skapa funktionella band mellan dem. Teknologi kan maximera effekten i kommunikationen så att systemen fungerar smidigare. Hellesø (2006) skriver i sin artikel att omvårdnadsepikrisens innehåll präglas av medicinska termer men att sjuksköterskor försöker att individualisera texten för att ge ett tydligare meddelande. Både vid pappers- och datoriserade omvårdnadsepikriser användes VIPS men vid de elektroniska omvårdnadsepikriserna kom fakta med automatiskt såsom avdelningens namn, patientens namn, personnummer och namnet på sjuksköterskan som uppgiftslämnare. Vid

datoriserad omvårdnadsepikris skrivs mer om patientens förmåga till kommunikation, patientens sjukdomsinsikt och patientens psykosociala status.

Ross, O'Tuathail och Stubberfield (2005) har undersökt om införandet av standardiserade multidisciplinära bedömningar av äldre patienter kan förbättra patientens upplevelse av att vara redo för att skrivas ut, förbättra vård- och omsorgsplaneringsprocessen och minska problemen efter utskrivningen samt förbättra kommunikationen och kvalitén på informationen till kommunens personal. Resultatet visar på att patienterna kände sig mer delaktiga och att de upplevde mindre problem efter utskrivningen. Personalen upplevde endast en liten skillnad av kvalitén på informationen som gavs. Däremot var personalen positiv till att bedömningarna och informationen överfördes elektroniskt. Det medförde att kollegorna i kommunen kunde få relevant information snabbt.

Projekt inom Äldreväst Sjuhärad

Äldreväst Sjuhärad har påbörjat ett projekt med syfte att jämföra multisjuka brukares och deras närståendes delaktighet i vård- och omsorgsplaneringsmöten. Projektet kommer att genomföras i två steg. Det första steget innebär en nulägesbeskrivning av olika personalgruppers uppfattningar om vård- och omsorgsplaneringsmötet som arbetsform, faktorer som underlättar eller försvårar en god vård- och omsorgsplanering samt önskemål om förbättringar inför framtiden. Semistrukturerade fördjupande intervjuer kommer att genomföras med cirka 10 sjuksköterskor på sjukhus, 10 biståndsbedömare, 10 kommunsjuksköterskor samt 10 företrädare för rehabiliteringspersonal. Aktuella frågeområden belyser de aspekter som enligt forskning påverkar vård- och omsorgsplanering: tvärdisciplinär samverkan, kommunikation, patient/närståendeperspektiv och tid. Projektets andra steg är en jämförande studie kring platsens betydelse för upplevelser av vård- och omsorgsplaneringsmötet samt jämförelse mellan vårdplaneringsteam och icke specialiserade biståndsbedömare och sjuksköterskors upplevelser av vård- och omsorgsplanering (Efrainsson, 2008).

PROBLEMFORMULERING

För att vård och omsorg ska fungera bra och säkert för äldre efter utskrivning från sjukhus behövs ofta vård- och omsorgsplanering. Många aktörer kan vara berörda och deras samarbete regleras i lagar och förordningar. Tidigare forskning visar att det finns flera faktorer som påverkar vård- och omsorgsplanering. Dessa faktorer är bland annat tvärdisciplinär samverkan, kommunikation, patient- och närståendeperspektiv samt tid. Kommunalt anställda sjuksköterskor utgör en viktig del i den tvärdisciplinära samverkan kring vård- och omsorgsplanering. Vi anser det viktigt att beskriva kommunalt anställda sjuksköterskors perspektiv av att delta i vård- och omsorgsplanering. Genom att kartlägga deras upplevelser och erfarenheter av vård- och omsorgsplanering kan kunskaper erhållas så att vård- och omsorgsplanering kan förbättras.

SYFTE

Syftet med uppsatsen är att beskriva vård- och omsorgsplanering ur kommunalt anställda sjuksköterskors perspektiv.

METOD

Ansats

Uppsatsen är en kvalitativ studie med syfte att beskriva kommunalt anställda sjuksköterskors perspektiv på vård- och omsorgsplanering. Innehållsanalys har använts som metod. Hsieh och Shannon (2005) skriver att syftet med innehållsanalys är att klassificera stora mängder text till ett effektivt antal kategorier som består av data med liknande betydelse för att ge kunskap och förståelse av fenomenet som studeras.

Intervjuer med semistrukturerade frågor har använts som datainsamlingsmetod. Enligt Dahlberg (1997) är intervju en metod som lämpar sig väl då kvalitativt präglade företeelser ska undersökas. Hälso- och sjukvården är en komplex interpersonell verksamhet och innefattar flera företeelser som inte kan mätas och kvantifieras. Vårdandet är i flera avseenden en abstrakt företeelse och kan genom intervjuer eller berättelser belysas, analyseras och beskrivas. Genom intervjun vänder sig forskaren sig till människors livsvärld. Intervjupersonerna ges möjlighet att berätta och beskriva hur de erfar världen och en specifik företeelse i ett för personerna meningsfullt sammanhang och med sina egna ord. Intervjuaren strävar efter att inte ta något för givet och försöker att genom kommentarer och frågor få berättaren att fördjupa sig ytterligare. Forskningsintervjun är enligt Kvale (1997) en mellanmännisklig situation, ett samtal mellan två parter om ett ämne av ömsesidigt intresse. Under det mänskliga samspelet utvecklas kunskap genom en dialog. Intervjuaren måste bygga upp en atmosfär där den intervjuade känner sig trygg nog för att tala fritt om sina upplevelser och känslor.

Informanter

Vi har intervjuat sjuksköterskor i kommunen om deras perspektiv på vård- och omsorgsplanering. Vårt uppdrag från Äldreväst Sjuhärad har varit att genomföra cirka tio stycken intervjuer med semistrukturerade frågeställningar som rör de aspekter som enligt tidigare forskning påverkar vård- och omsorgsplaneringen. Dessa områden handlar om tvärdisciplinär samverkan, kommunikation, patient- och närståendeperspektiv samt tid (Efraimsson, 2008). Intervjuer har genomförts med elva informanter vid nio intervjutillfällen. Nio informanter rekryterades från en deltagarlista över kontaktpersoner inom kommunerna för vård- och omsorgsplanering. Övriga två informanter tillfrågades i samband med verksamhetsförlagda studier under distriktssköterskeutbildningen då intresse att delta i studien fanns från deras sida. Vi anser att deras medverkan är relevant och kan tillföra kunskap då det från denna kommun del inte finns någon kontaktperson för vård- och omsorgsplanering. En av Sjuhäradskommunerna avböjde medverkan i studien med motiveringen att de genomför så få vård- och omsorgsplaneringar på sjukhus. Samtliga informanter kontaktades via telefon under maj månad 2008 av författarna. De fick information om syftet med studien och förutsättningar vid intervjutillfället. Samtliga informanter tackade ja till att delta i intervjuerna och datum och tid för genomförandet av intervjuerna bokades.

Det fanns inga manliga kontaktpersoner från kommunerna utan samtliga informanter var kvinnor. Åldrarna varierade mellan 30 till 62 år och med en medianålder på 46 år. Året de tog sin sjuksköterskeexamen pendlade mellan 1967 och 2007. Erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska spänner från ett och ett halvt år till 41 år. Tre sjuksköterskor har vidareutbildning till distriktssköterska, medan två sjuksköterskor har gått andra vidareutbildningar inom vård på högskola. Sex av sjuksköterskorna har ingen

vidareutbildning. Erfarenhet av vård- och omsorgsplanering sträcker sig från ett och ett halvt år till tjugofem år. Sex av sjuksköterskorna har erfarenhet av vård- och omsorgsplanering från både slutenvård och kommunen. Erfarenhet av vård- och omsorgsplanering i kommunens regi varierar mellan ett och 16 år. Fyra av de elva informanterna arbetar som vårdplaneringssjuksköterskor för kommunen och har detta som sin huvudsakliga arbetsuppgift. Övriga sju informanter kommer i kontakt med vård- och omsorgsplaneringar i egenskap av patientansvarig sjuksköterska i kommunen. En av dessa var vid intervjutillfället långtidssjukskriven, men ersattes av en kollega på arbetsplatsen. Informanterna kommer från olika kommuner i Sjuhäradsområdet.

Datainsamling

Intervjuerna ägde rum under veckorna 35-37, år 2008. Alla intervjuerna förutom en genomfördes på informanternas arbetsplats. Platsen för intervjun valdes ut av informanten och var antingen sjuksköterskans arbetsrum, fikarum eller angränsande konferensrum där intervjun ostört kunde genomföras. I ett fall genomfördes intervjun efter samråd mellan informanten och författarna i ett grupprum på Högskolan, Borås då ombyggnationer på hennes arbetsplats gjorde det omöjligt att få en ostörd miljö där. Intervjuerna spelades in med diktafon och pågick under cirka en timmas tid.

Inledningsvis ställdes frågor om bakgrundsvariablerna ålder, tidpunkt för sjuksköterskeexamen, eventuella vidareutbildningar samt hur länge de medverkat vid vård- och omsorgsplaneringar. Därefter inleddes intervjuerna med en öppen fråga: "Berätta om dina erfarenheter av vårdplaneringsmöten". Semistrukturerade frågor baserade på tidigare forskningsfynd hade förberetts i ett formulär som stöd till författarna i intervjun, bilaga 1. Dessa frågor behandlade tvärdisciplinär samverkan, kommunikation, patient- och närståendeperspektiv samt tid. För att uppnå följsamhet och öppenhet lyssnade författarna koncentrerat på informanternas berättelser. Försök att uppnå en fördjupad förståelse gjordes genom att be informanterna förtydliga sig eller att berätta mera. De semistrukturerade frågorna ställdes i den ordning som föreföll naturligt utifrån informantens sätt att dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter. Samma författare höll i samtliga intervjuer och ställde de förberedda frågorna och naturliga följdfrågor. Den andra författaren flikade in i områden som kunde fördjupas samt hade ansvar för att samtliga områden belystes. Båda författarna var sålunda med på samtliga intervjuer.

Dataanalys

Samtliga intervjuer har skrivits ut ordagrant och arbetet har fördelats mellan författarna. Utskrifterna har därefter skickats till varandra som lösenordsskyddade dokument. Vid analys av datamaterialet har riktad innehållsanalys använts. Hsieh och Shannon (2005) anser att det finns tre olika inriktningar på innehållsanalys: kvalitativ innehållsanalys, riktad innehållsanalys och kvantitativ innehållsanalys. Vi har valt att utgå från den inriktning av innehållsanalys som kallas riktad innehållsanalys då våra semistrukturerade frågor utgår från vad tidigare forskning visat utifrån fenomenet deltagande i vård- och omsorgsplanering. Målet med denna inriktning av analysen är enligt Hsieh och Shannon (2005) att bekräfta eller utvidga begreppen i den tidigare funna forskningen. De föreslår att datainsamling sker genom intervjuer där en öppen fråga inleder för att därefter följa med frågeställningar utifrån förbestämda kategorier, vilket vi har omsatt i vår egen intervjustudie. Enligt Hsieh och Shannon (2005) är ett sätt att koda data att börja koda direkt med de förbestämda koderna. Den data som inte kan kodas identifieras och analyseras senare för att avgöra om den representerar en ny kategori eller en subkategori till en existerande kategori. Vår kodning av data har skett genom att vi använt oss av de förbestämda kategorierna: tvärdisciplinär samverkan, kommunikation, patient- och närståendeperspektiv samt tid, men vi har även varit öppna för nya kategorier. I analysarbetet framkom subkategorier som har sorterats in under passande kategori. Resultatet presenteras i kategorier och subkategorier som framkommit vid noggrann analys av kondenserade meningsenheter. För att öka trovärdigheten i resultatet har äkta citat använts. I resultatet används begreppet patient och uttryckt med pronomen han, oavsett om vård- och omsorgsplanering sker på sjukhus eller i hemmet då vi utgår från ett sjukvårdande kontext. I detta arbete har även valts att använda begreppet biståndsbedömare.

Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns fyra allmänna huvudkrav på forskningen. Dessa är informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. I informationskravet ligger att undersökningsdeltagarna får information om deras uppgift i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande, att deltagandet är frivilligt och deras rätt att avbryta sin medverkan. Med samtyckeskravet menas att forskaren ska inhämta undersökningsdeltagares samtycke. De har rätt att självständigt bestämma hur länge och på vilka villkor de skall delta. Deltagarna får inte utsättas för otillbörlig påtryckning eller påverkan i sitt beslut att delta eller avbryta sin medverkan. Konfidentialitetskravet innebär att uppgifterna i undersökningen skall ges största möjliga konfidentialitet och att uppgifterna ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Uppgifterna som insamlats om enskilda personer får endast användas för forskningsändamålet enligt nyttjandekravet.

Samtliga informanter fick via telefon under maj månad 2008 information av författarna om syfte med studien och förutsättningar vid intervjutillfället. De informerades om att deltagandet var frivilligt och om rätten att när som helst kunna avbryta deltagande i studien utan förklaring. Informanterna garanterades anonymitet och ett säkert handhavande av datamaterialet. Samtliga informanter gav sitt informerade samtycke till att delta i studien. Ett skriftligt informationsblad om bakgrund och syfte till studien samt kontaktuppgifter på författarna skickades ut till alla informanter, bilaga 2. Intervjuerna har i sin helhet skickats mellan författarna som lösenordsskyddade dokument. Datamaterialet, i form av utskrivna intervjuer och nedbrända ljudfiler på CD-skiva, kommer att finnas tillgängligt för avsett ändamål och förvaras inlåst på Högskolan i Borås.

RESULTAT

Resultatet beskriver vård- och omsorgsplanering ur kommunalt anställda sjuksköterskors perspektiv och presenteras i fem stycken kategorier med respektive subkategorier enligt följande tabell.

Kategorier	Subkategorier
Patientens delaktighet i vård- och omsorgsplanering	-Personliga förutsättningar till delaktighet -Yttre faktorer påverkan på delaktighet -Uppföljande vård- och omsorgsplanering i hemmet
Samverkan med närstående	-Närståendes närvaro vid vård- och omsorgsplanering -Närståendes kunskapsnivå och förhållningssätt -Närståendes förmåga till acceptans -Att förhålla sig till etiska problem
Tvärprofessionell samverkan	-Informationens betydelse -Strukturer för vård- och omsorgsplanering -Betydelsen av kunskap om kommunal hälsovård -Medverkan av olika verksamheter och professioner -Samverkan med biståndsbedömare
Kommunikationens betydelse	-Viljan till förbättrad kommunikation
Tidens betydelse	-Tid till förberedelse -Tidpunkt för vårdplaneringsmötet -Vårdplaneringsmötets längd

Patientens delaktighet i vård- och omsorgsplanering

Kommunalt anställda sjuksköterskorna anser att många faktorer påverkar patientens delaktighet i vård- och omsorgsplanering och att ett vårdplaneringsmöte inte är det andra likt. Idealet för vård- och omsorgsplanering är att patienten är huvudpersonen. Om det blir så beror på såväl patientens personliga förutsättningar, yttre faktorer som möjlighet till uppföljning och vårdplanering i hemmet.

Personliga förutsättningar till delaktighet

Patientens delaktighet i vårdplaneringsmötet kan försämrats av såväl nedsatt hörsel som demens anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Trötthet och påverkan av sjukdom och behandling kan också försvåra möjlighet till delaktighet i mötet. Äldre patienter över 80 år ställer sällan krav utan är fogliga och tacksamma för den hjälp som fås. Kommunalt anställda sjuksköterskor noterar att detta är en generationsfråga och att yngre patienter tar för sig och ställer krav på ett helt annat sätt. Många äldre patienter intar en tillbakadragen och tyst roll.

Det har många gånger varit en omvälvande situation och de kan ha en nedsatt insikt i vad som hänt. En del patienter vet inte hur de vill ha det i framtiden och lämnar över det beslutet till närstående eller personal som de har förtroende för.

För att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård- och omsorgsplanering är det en förutsättning att patienten är förberedd och har fått information anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Information bör ges genom både informationsbroschyr och samtal med sjuksköterskan på avdelningen. Att inför mötet uppmuntra och vid behov hjälpa patienten att skriva ner frågor som önskas bli besvarade är ett sätt att hjälpa patienten till ökad delaktighet vid vårdplaneringsmötet den. Det är av stor vikt att patienten funderat över hur han vill ha det vid utskrivning. Idag är vårdtiderna korta på sjukhuset och de blir snabbt utskrivningsklara. För patienten kommer det många gånger hastigt på att han ska vårdplaneras och han är i tanken inte redo för att åka hem.

Yttre faktorerers påverkan på delaktighet

Att ha en rutin och struktur över vårdplaneringsmötet underlättar patientens delaktighet i vårdplaneringsmötet anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Detta beskrivs exempelvis i citatet nedan.

Vårdplaneringssjuksköterska: ”Vi har den rutinen i vårdplaneringsteamet att först ge informationen vem vi är och vilken funktion vi har och sedan att vi inleder hur mår du, har du funderat över hur du vill ha det? Många gånger redan där sätter vi patienterna i centrum och gör dem delaktiga direkt.

Tydlig och begriplig information av kommunens personal om vilka insatser som finns att tillgå och omfattningen av dem underlättar för patienten att fatta beslut om sin fortsatta vård och omsorg anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Att vara inskriven i hemtjänst och/eller hemsjukvård och ha tidigare erfarenhet av vårdplaneringsmöte ökar möjlighet till delaktighet i mötet. Många äldre har svårt att få fram vad de vill och vad de kan behöva för hjälp. Kommunen lägger då fram alternativ och förslag och sen gör patienten ett val.

Vårdplaneringssjuksköterska: ”Vi tror att du kan behöva hjälp med detta nu för du har ju faktiskt fått hjälp med det på sjukhuset. Du behöver hjälp med hygien och hjälp med att gå och vi ser att du behöver hjälp med det just nu. Vi sätter in lite mer insatser hemma just nu och sen när du piggat på dig kan du bara höra av dig så minskar vi på insatserna.”

Sjuksköterskor i kommunen och biståndsbedömare känner och tar ett stort ansvar för att öka patientens delaktighet i vårdplaneringsmötet. Detta sker genom att uppmärksamhet riktas mot patienten och att raka frågor ställs om hur patienten mår och hans funderingar och vilja kring framtiden.

En svår fråga förefaller vara hur många personer som ska vara med på vårdplaneringsmötet för att det ska vara så bra som möjligt för patienten. Är det många som närvarar vid mötet blir det jobbigt för patienten.

Sjuksköterska kommun: ”Kommer vi tre personer från kommunen och så sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast från sjukhuset, det blir sex personal. Och så kanske två anhöriga till patienten och så då den stackars patienten mitt i

detta som ska kunna tänka sig hur det blir när han kommer hem och vad han ska kunna behöva och får en massa förslag från alla håll. De blir ju väldigt sedda, men de blir ju väldigt små i förhållande till alla andra när man ska lotsa på en massa saker.”

Å andra sidan är det viktigt med de olika kompetenser och medverkan av olika personalkategorier, speciellt på rehabiliteringskliniken. För att minska det negativa med många personers medverkan på mötet kan kommunikationen förbättras genom ökad medvetenhet.

Vårdplaneringssjuksköterska: ”Vi försöker ju att alla inte ska kasta sig över patienten med sina frågor. När man ställer sina frågor kanske man ställer en följdfråga så att andra specialiteter kan fånga upp sina svar i frågan.”

Uppföljande vård- omsorgsplanering i hemmet

Uppföljande vårdplaneringar i hemmet sker ofta enligt kommunalt anställda sjuksköterskor 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. Citatet nedan beskriver att insatserna omprövas.

Sjuksköterska kommun: ” Det är inget statiskt. Det man bestämmer vid en vårdplanering betyder ju inte att det ska vara så för alltid.”

Sjuksköterskor i kommunen har ganska ofta vårdplanering i hemmet. Det kan vara uppföljning efter vård inom slutenvården eller så har närstående eller patienten tagit initiativ till besöket. När mötet sker i patientens hem anser kommunalt anställda sjuksköterskor att patienten vågar 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 livsvärld blir påtaglig i hans hemmamiljö till skillnad från sjukhuset där han många gånger blir avpersonifierad i sjukhuskläder och sjukhussäng anser kommunalt anställda sjuksköterskor. En annan form av vårdplanering i hemmet är de där palliativa resursteamet i Södra Älvsborg, PRIS, är inkopplat. Dessa vårdplaneringsmöten lovordas av sjuksköterskor i kommunen för att sjuksköterska och läkare i PRIS tar sig tid, lyssnar lyhört på patient och närstående och att de inte är så många personer som deltar i mötet. Sjuksköterskor i kommunen tycker det är tryggt att ha dessa inkopplade med möjlighet att få en bra uppföljning.

Samverkan med närstående

Sjuksköterskor i kommunen anser att närstående utgör ett viktigt stöd för patienten, men kan i vissa fall även vara ett hinder för patientens delaktighet.

Närståendes närvaro vid vård- och omsorgsplanering

Närståendes roll i vård- och omsorgsplaneringen är viktig tycker kommunalt anställda sjuksköterskor. Det har hänt att närstående inte blivit informerade om att vårdplaneringsmötet ska äga rum och då har mötet ställts in för att närstående inte helt ska bli överkörda. Det är

sjukhusets ansvar att kalla närstående till vårdplaneringsmöte när patienten så önskar. Många gånger drar närstående ett stort lass i vården av sina närmaste. Det är inte helt ovanligt att de kommer helt slutkörda till vårdplaneringsmötet och är i behov av avlastning och stöd. Personalen ger dem stöd och möjlighet att ventilera känslor om patientens förändrade hälsoläge och en ny livssituation. Biståndsbedömare kan erbjuda olika insatser för att hjälpa närstående.

Närståendes kunskapsnivå och förhållningssätt

Närstående har många gånger bristande kunskaper om vilka tjänster som kan erbjudas av kommunen och i vilken utsträckning hjälpen kan ges anser kommunalt anställda sjuksköterskor. 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. De närstående utgör ofta ett stöd för patienten. Under vårdplaneringsmötet kan de inta en mer tillbakadragen roll och låter patienten träda fram och föra sin vilja. De väljer att bryta in i samtalet enbart när något inte verkar relevant eller stämmer. I andra fall hävdar närstående sin egna bestämda uppfattning vad som är bäst för patienten utan att lyssna på honom. De kan också vara mycket negativt påverkade av tidigare erfarenheter som de själva eller bekanta varit med om.

Vårdplaneringssjuksköterska: ”En del anhöriga är ju väldigt på bettet. Man får nästan en känsla av att köra över sin mamma eller pappa. Utan att fråga dem säger de att så här eller så här ska det vara.”

Det kan utvecklas till en kollision mellan patient och närstående vilket ställer krav på personalen att vara diplomatisk, flexibel och ödmjuk. Trots att denna spända situation kan uppstå tycker sjuksköterskorna i kommunen att det är bra att möta närstående på vårdplaneringsmötet.

Närståendes förmåga till acceptans

När närstående utgörs av patientens barn ställs ofta mer krav än om det är respektive make/maka som är närstående anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Många gånger bor barnen längre bort på annan ort och kan själva inte vara hos sin förälder så ofta. De önskar ofta mer hjälp till sin närstående än vad patienten själv vill ha. Många gånger är det närståendes egen osäkerhet och ångest som påverkar tror kommunalt anställda sjuksköterskor. När patient och närstående bor tillsammans kan specifika situationer uppstå. Patienten vill komma till sitt hem med hjälp av insatser från kommunen. Om det då finns en ovilja hos partnern att ha folk som kommer och går i hemmet flera gånger om dagen eller att genomföra bostadsanpassningar kan svårigheter uppstå.

Att förhålla sig till etiska problem

Det kan uppstå många situationer som är etiskt svåra för sjuksköterskor i kommunen. Det kan handla om att patienten vill bli vårdad i hemmet, medan närståendes uppfattning är att vården på hospice är bättre med optimalare smärtlindring för en palliativ patient. I andra sammanhang kan det handla om att patienten vill hem, medan närstående och personalen anser att det vore lämpligare med en tids vård på korttid. Kommunens sjuksköterskor väljer att inte ställa till med någon scen under själva vårdplaneringsmötet utan försöker att hantera det diplomatiskt.

Enbart två av de intervjuade sjuksköterskorna i kommunen har professionell handledning. Av resterande sjuksköterskor är det två som tycker att de borde få det. Många upplever att de får ett bra stöd av sina sjuksköterskekolleger i kommunen eller i vårdplaneringsteamet så att situationer bearbetas och diskuteras på ett tillräckligt sätt.

Tvärprofessionell samverkan

När det gäller vård- och omsorgsplanering är samverkan mellan berörda enheter av väldigt stor vikt. Det handlar om samverkan mellan slutenvård, kommun, primärvård, men också inom kommunens olika områden. Det kan innefatta sjuksköterskor i hemsjukvården, rehabiliteringspersonal och biståndsbedömare.

Informationens betydelse

De kommunalt anställda sjuksköterskorna upplever att underlaget för samordnad vårdplanering många gånger är ofullständigt ifyllt. Vid hög arbetsbelastning för sjuksköterskorna i kommunen måste ibland en prioritering ske vilket medför att de ibland uteblir från vårdplaneringsmötet när det av faxmeddelandet inte framkommer att hemsjukvårdsinsatser är aktuellt. Trots denna information framkommer det ibland på vårdplaneringsmötet att hemsjukvårdsinsatser är aktuella även om det inte föreföll så från början. Om sjuksköterskan från kommunen då inte är med är kan det vara till nackdel för patienten som inte får träffa och etablera kontakt med sin sjuksköterska.

Sjuksköterska kommunen: ”Det är ju så att vi är också stressade ibland och kan inte dela på oss och vi kan inte delta på alla vårdplaneringar. Så man försöker att gå på dem som man känner är viktigast.” Intervjuare: ”Du gör en prioritering?”

Sjuksköterska: ”Ja, och ibland prioriterar man fel. Då går biståndsbedömaren själv då och så försöker jag att ringa upp och få en överrapportering med sjuksköterskan då. Men det är klart att det blir aldrig detsamma, aldrig.”

Omvänt kan det vara så att sjuksköterskan är med på vårdplaneringsmötet fast det framkommer under mötets gång att det är enbart insatser från socialtjänsten som är aktuella. Från sjuksköterskans sida kan det upplevas som felaktigt använd arbetstid som i stället bättre kunde ha använts till patienter som redan är inskrivna i hemsjukvården.

Sjuksköterskor i kommunen poängterar att avdelningen sällan kontaktar kommunen om det inträffat någon förändring i patientens tillstånd som gör att vårdplaneringsmötet inte är lämpligt i tiden utifrån patientens tillstånd. Vidare missas det från framförallt vissa akutvårdsavdelningar att meddela om patienten flyttas till någon annan avdelning. Detta kan medföra svårighet att hålla tiderna för vårdplaneringsmötena om vårdplaneringsteamet har flera möten under eftermiddagen. Det förekommer att patienten skrivs ut från ortopedin till rehabiliteringsavdelning, men att vårdplaneringsmötet inte blivit avbokad trots att patienten då inte är utskrivningsklar. Det innebär att tre personer i vårdplaneringsteamet som är långväga har lagt ner flera timmar på ett uteblivet vårdplaneringsmöte och det förhållningssättet upplevs respektlöst mot kommunen. Sjuksköterskor i kommunen är vidare kritiska till bristen på lämplig vårdplaneringslokal på sjukhuset. De accepterar inte att rapport ges ute i korridor, på sjuksköterskeexpedition eller i förråd där mötet ständigt störs av springande personal. Det är brist på respekt för både patient och vårdplaneringsteam.

Strukturer för vård- och omsorgsplanering

Det finns olika sätt som vårdplaneringsmötet genomförs på. Ett vårdplaneringsteam, där sjuksköterska ingår tillsammans med biståndsbedömare och rehabiliteringspersonal, har framtagit en rutin där teamet träffar avdelningssjuksköterskan själv först under en kvart där information och rapport ges. Patient har kännedom att en sådan rapport ges utan dennes närvaro och har gett sitt godkännande till detta. Efter denna rapportering personal emellan hämtar avdelningssjuksköterskan patient och närstående till mötesrummet. Därefter lämnar avdelningssköterskan rummet såvida inte patienten önskar att hon stannar kvar. Mötet fortsätter med patient, närstående och vårdplaneringsteamet och sätter fokus på hur patienten mår, önskar ha det samt en diskussion om kommunens olika insatser och behovsprövning. Personalen i vårdplaneringsteamet tycker det fungerar väldigt bra och det tycker även sjuksköterskor från andra kommuner som har medverkat på dessa vårdplaneringsmöten.

Sjuksköterska kommun: ”Jag känner att det ger väldigt mycket för då kan man diskutera mycket av det som egentligen inte, det blir väldigt snurrigt för patienten att höra det sen när man ska fråga alla dom här frågorna. Det finns frågor man inte vill ställa när alla är närvarande. Man går igenom hur det har vart och så sen går man ut till anhöriga och patienten. Jag har fått så mycket information så då kan jag mycket lättare ställa de frågor som är lite känsliga. Så kan man gå lite mer in på vilka behov patienten har när den kommer till oss.”

På Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås genomförs vårdplaneringsmöten med antingen sjuksköterska från avdelningen eller med nytillsatta vårdplaneringssjuksköterskor som ansvarar för vård- och omsorgsplaneringarna på medicin och ortopedien. När vårdplaneringsmötet ansvaras av sjuksköterskan på avdelningen medverkar hon ibland en kort stund på mötet och ger en kort information och finns därefter tillgänglig på avdelningen för frågor vid behov. Det kan vara en nackdel att sjuksköterskan inte finns tillgänglig om frågor uppstår under vårdplaneringsmötet, men det finns också fördelar med att hon lämnar mötet efter den inledande informationen.

Sjuksköterska kommun: ”Jag har egentligen inget emot det. Jag tycker ändå att den här planen för hur de ska ha det hemma sen och vad de ska ha hjälp med är egentligen inte nåt hon behöver lägga sig i. Det är vårt ansvar att se till att det här ska fungera.”

Betydelsen av kunskap om kommunal hälsovård

Kommunalt anställda sjuksköterskor tycker att sjukhuset många gånger har bestämt och lagt en värdering i vad patienten behöver för hjälp, innan kommunen har hunnit erbjuda sina olika insatser. Ganska ofta är det att avdelningen har bestämt att patienten behöver komma till en korttid. ”Stå på dig nu, korttidsplats behöver du ha för du kommer inte klara dig annars”.

Sjuksköterska kommunen: ”Patienterna tror att dom vet vad dom kan få hjälp med hemma för det har dom fått reda på av sköterskorna på avdelningen. Och det stämmer inte alltid med verkligheten. Det finns ju ofta väldigt mycket mer oftast som man kan få hjälp med hemma än vad de fått information av.”

Kommunalt anställda sjuksköterskor anser att sjuksköterskor i slutenvården har en bristande kunskap och förståelse för hur det fungerar i kommunen och hur arbetsituation ser ut där. Det medför ofta bekymmer då allt inte är förberett vid utskrivning, exempelvis recept och

medicinlistor. Okunskap om insatserna är via socialtjänstlagen eller via hälso- och sjukvårdslagen förekommer och kan innebära att ansvarig personal inte alltid får informationen av slutenvården vid hemgång med risk för utebliven vård och behandling. Möjlighet att få komma till sjukhuset och ta del av vården för att inhämta och uppdatera färdigheter finns och uppskattas av de kommunalt anställda sjuksköterskorna. Att ha erfarenhet från både slutenvård och kommunal vård är nyttigt och förbättrar samarbetet och respekten för varandras yrkesroller. De kommunalt anställda sjuksköterskorna uttrycker det önskvärt att få erfarenhet från varandras arbeten genom utbildning och auskultation. Omvårdnadsepikrisen är idag datoriserad och skickas numera alltid med från slutenvården, ofta med både patient och fax.

Medverkan av olika verksamheter och professioner

Även om det formellt sett är slutenvårdens läkare som kallar till vårdplaneringsmöten är det ytterst sällan de är med på dessa. Där de oftast medverkar är på rehabiliteringskliniken uppger kommunalt anställda sjuksköterskor. Läkare eller sjuksköterska från primärvården finns aldrig med vid vårdplaneringsmöten, något som saknas i speciella fall. Det förekommer en samverkan mellan primärvården och kommunala hemsjukvården där kontakt tas med varandra när patienten skrivs in respektive ut från hemsjukvården. När det ges möjlighet att få ta del av aktuell medicinlista och journalpapper från primärvården förbättras förutsättningar att kunna ge fortsatt god och säker vård för patienten. 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. När epikrisen väl har anlånt kan det också vara svårt att få uppföljande besök på vårdcentralen i utsatt tid som ansvarig läkare på sjukhuset ordinerat. Samverkan mellan sjukhusets läkare och läkaren på vårdcentralen förekommer ytterst sällan tycker kommunalt anställda sjuksköterskor.

Vårdplaneringssjuksköterska: ” 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.”

På den samordnade vårdplanen som upprättas under vårdplaneringsmötet fylls mycket sällan i vem som är ansvarig läkare i öppenvården samt vilka läkarinsatser inom hälso- och sjukvård som är aktuella. Vem som är patientansvarig läkare, PAL, för patienten kommer sällan upp i samband med vårdplaneringsmötet. Det är oftast inget problem, men om en patient är inskriven på många kliniker i specifika frågeställningar är det av stor vikt att detta klarläggs tycker kommunalt anställda sjuksköterskor.

Uppslutning med rehabiliteringspersonal från slutenvården vid vårdplaneringsmöten varierar enligt kommunalt anställda sjuksköterskor. När patienter vårdas på rehabiliteringsavdelning finns alltid rehabiliteringspersonal från slutenvården med på vårdplaneringsmötena. På andra akuta slutenvårdsavdelningar är det sämre med uppslutningen med personal från rehabiliteringen och kan enligt sjuksköterskorna i kommunen innebära en viss okunskap om patientens förmåga och behov av insatser. När bedömning av patientens förmåga och behov genomförts av rehabiliteringspersonal på sjukhuset, underlättar det planering och informationsgivning om hjälpmedel från kommunens rehabiliteringspersonal. Från kommunens sida underlättar det mycket ifall rutan om kontakt med sjukgymnast och/eller arbetsterapeut på ”underlag inför samordnad vårdplan” är ifylld. Rehabiliteringspersonal från

kommunen tar ofta kontakt med sina kolleger inom slutenvård för att få kompletterande information inför vårdplaneringsmötet och på så sätt sker en överrapportering.

Rehabiliteringspersonal från kommunen i form av arbetsterapeut eller sjukgymnast är ofta med på vårdplaneringsmöten. Deras medverkan vid vårdplaneringsmötet bedöms som mycket viktigt av kommunalt anställda sjuksköterskor. Insättning av hjälpmedel är ofta en förutsättning för att det ska fungera i hemmet anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Det är bra att olika kompetenser medverkar vid vårdplaneringsmötet, men samtidigt är det en balansgång för att inte alltför många personer ska vara med under vårdplaneringsmötet då det kan upplevas jobbigt av patienten tycker kommunalt anställda sjuksköterskor. Det är faxunderlaget samt telefoninformation från avdelning och rehabiliteringspersonal i slutenvården som styr om de ska närvara vid vårdplaneringsmötet eller inte. Då rehabiliteringspersonal från kommunens sida ser en rehabiliteringspotential hos patienten kan deras åsikt påverka beslutet av fortsatt vård och behandling.

Samverkan med biståndsbedömare

Kommunalt anställda sjuksköterskor anser att biståndsbedömaren är bra på att se patientens olika behov och lyfter det under vårdplaneringsmötet. Det handlar om såväl fysiska, psykiska och sociala behov. Psykiska och sociala behov är ibland dock inte lika lätta att uppmärksamma och tillgodose. Ibland kan kommunen ordna med plats på korttidsboende och särskilt boende för mycket otrygga och ängsliga patienter, men vid platsbrist är det denna grupp som först måste lämna platserna. Biståndsbedömaren är med på alla vårdplaneringsmöten enligt kommunalt anställda sjuksköterskor. Hennes/hans roll är viktig och samarbetet med biståndsbedömaren är ofta nära och utgår från respekt för varandras områden och helhetssyn på patienten. Sjuksköterskor och biståndsbedömare talar ofta olika språk där sjuksköterskan mer är inriktad mot sjukdom, medan biståndsbedömaren inriktar sig på social aktivering anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Om inte biståndsbedömaren och sjuksköterskan känner varandra kan en osäkerhet utvecklas över frågeställningar och varandras områden. Irritation kan uppstå om biståndsbedömaren och sjuksköterskan har olika uppfattningar kring vad som är lämpligast för patienten. Det kan vara medicinsk okunskap som ibland ligger bakom de olika uppfattningarna tror kommunalt anställda sjuksköterskor. Sjuksköterskan försöker i så fall förtydliga sin ståndpunkt utan att ställa till med någon konflikt under själva vårdplaneringsmötet. Ett av vårdplaneringsteamet har haft som ett av sina mål att just förbättra samarbetet och förståelsen för varandras arbetssituation, vilket utvecklats med mycket gott resultat. Många sjuksköterskor i kommuner berömmar biståndsbedömarna för att de ställer bra frågor och sköter hela vårdplaneringsmötet. De riktar uppmärksamheten mot patienten och frågar efter dennes vilja. På så vis finns en vilja och ambition att öka patientens delaktighet under vårdplaneringsmötet.

Biståndsbedömaren ger en grundlig information om vilka insatser och hjälp som går att få. Biståndsbedömaren är en myndighetsperson som fattar beslut som kan överklagas. Ofta är situationen sådan att det saknas platser för korttidsvård och platser i särskilda boenden. Många gånger får biståndsbedömaren ta emot anhörigas frustration över detta enligt kommunalt anställda sjuksköterskor. Tidpunkten för vårdplaneringsmötet bestäms oftast av biståndsbedömaren och kanske inte alltid är den optimala för patienten.

Kommunikationens betydelse

I vård- och omsorgsplanering sker en ständig kommunikation och många budskap förmedlas. Kommunikationen är av avgörande betydelse och sker på flera olika nivåer inom och mellan grupper av personer.

Viljan till förbättrad kommunikation

Många patienter som deltar vid vårdplaneringsmötet är äldre och påverkade av sin sjukdom. Kommunalt anställda sjuksköterskor anser att det under vårdplaneringsmötet finns en vilja att lyssna på patientens önskan och alla ska få komma till tals. Dialog genom samtal med patienten eftersträvas men många patienter har svårt att tala fritt om hur de vill ha det. En annan viktig aspekt är placeringen av deltagarna i vårdplaneringsrummet och hur uppmärksamheten riktas.

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.”

När sjuksköterskan på avdelningen ska informera deltagarna på vårdplaneringsmötet om vad som hänt frågar hon oftast patienten om det går bra att hon ger denna information för att få hans godkännande. Det är viktigt att de som deltar på vårdplaneringsmötet inte talar i mun på varandra utan ger patienten tid till att tänka efter och att svara på frågorna som ställs till honom. Detta kräver en medvetenhet hos personalen. En annan möjlighet att öka patientens delaktighet är att förklara och förtydliga information och förslag anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Sjuksköterskor i vårdplaneringsteamet berättar om deras framtagna manual. De anser att den ger en tydlig struktur över ordningsföljden för kommunikation och informationsgivning under vårdplaneringsmötet mellan deltagarna och vem som säger vad. Detta innebär en möjlighet till ökad delaktighet för patienten genom att mötet blir strukturerat, informativt och lyhört. 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 uppger de kommunalt anställda sjuksköterskorna.

Att använda sig av medicinskt språk eller fackuttryck under vårdplaneringsmötet försämrar patientens möjlighet till delaktighet i vårdplaneringsmötet tycker kommunalt anställda sjuksköterskor. Det förekommer i viss utsträckning under den inledande informationen av sjuksköterskan från sjukhuset. Det inträffar att någon läser direkt ur journalpappren eller att någon förefaller vilja bravera med latinska uttryck, men då finns en stor medvetenhet från både sjuksköterskor och biståndsbedömare att be om förklaring på svenska för att öka patienter och anhörigas möjlighet till delaktighet. 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.

Tidens betydelse

När ett vårdplaneringsmöte är fastställt behövs tid till förberedelse. Det gäller såväl för patient och närstående som för personal i slutenvård och kommun. Tillgång till tid och upplevelse av tidens tillräcklighet varierar.

Tid till förberedelser

Det varierar hur kommunalt anställda sjuksköterskor ser på tid till förberedelser inför vårdplaneringsmötet. Samtliga vårdplaneringssjuksköterskor anser att det finns tid till förberedelse medan övriga sjuksköterskor i kommunen ofta saknar tiden. För att kunna få tid till förberedelser hjälps gruppen med sjuksköterskor där de jobbar åt och täcker upp för varandra för att på så sätt skapa tid för att förbereda sig och samla information. Förutom informationen från faxbladen och slutenvårdsavdelningen kan uppgifter fås från kommunens egen journal under förutsättning att patienten är inskriven i hemsjukvården/ hemtjänsten. Det kan vara lite svårt att få ihop tiden för vårdplaneringsmötet som passar såväl biståndsbedömare, arbetsterapeut/sjukgymnast och sjuksköterska i teamet. Då det är lång väg till sjukhuset måste flera vårdplaneringsmöten schemaläggas samtidigt under exempelvis en eftermiddag.

När sjuksköterskor i kommunen kommer till avdelningen för vårdplaneringsmöte är det ofta dåligt förberett. Det gäller i cirka hälften av alla vårdplaneringsmöten på sjukhuset anser kommunalt anställda sjuksköterskor. När den inledande öppna frågan ”Berätta om dina erfarenheter av vårdplaneringsmöten” ställdes till informanterna vid intervjun inledde över hälften av de kommunalt anställda sjuksköterskorna med att berätta om deras upplevelse av att sjuksköterskan på avdelningen är stressad, inte har hunnit förbereda sig och har svårt att hinna medverka vid vårdplaneringsmötet. Någon sjuksköterska upplever 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.”

Om sjuksköterskan på avdelningen inte hunnit förbereda sig med uppgifter samt pratat med patienten inför mötet innebär det svårigheter att få till ett bra vårdplaneringsmöte. Det blir mycket svårare för kommunen att planera om inte ens sjuksköterskan på avdelningen fått klarhet i vård, behandling och prognos.

Tidpunkt för vårdplaneringsmötet

De kommunalt anställda sjuksköterskorna i kommunen anser att vårdplaneringsmötet oftast ligger för tidigt i patientens vårdtid. De tror att det dels kan bero på att avdelningen faxat rent rutinemässigt utan att se 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 vårdplaneringsmötet. Det kan återstå röntgen och andra undersökningar. Det är då svårt att göra en bra planering för vård och omsorg i kommunen och ibland kan resultatet från undersökningen innebära att hela planen blir omkullkastad. Det förekommer att kommunens personal har fått vårdplanera en patient både två och tre gånger.

Det är svårt att avgöra om vårdplaneringsmötet ligger rätt i tiden. Personal från sjukhuset och personal från kommunen ser det på ett sätt och patienten ser det på sitt sätt allt utifrån personlighet. Det kan vara svårt att inse vad det innebär att komma hem till sitt eget hem.

Vårdplaneringssjuksköterska: ” 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.”

Det är många gånger plats- och resursbrist på sjukhuset som styr vårdplaneringstiden anser kommunalt anställda sjuksköterskor. De ifrågasätter ibland om patienten verkligen är utskrivningsklar vid vårdplaneringsmötet.

Vårdplaneringssjuksköterska: ”Patienterna har inte hunnit fundera på hur det ska bli när de kommer hem för det är ju så främmande för dem, för de är ju inte ens beredda att gå hem och är fortfarande jättedåliga.” Intervjuare: ”Varför är det så tror du?” Vårdplaneringssjuksköterska: ” Sjukhuset har ju också sin press på sig med vårdtider. Vi har förståelse för det. Men det gagnar inte patienten.”

Det finns en uppfattning hos kommunalt anställda sjuksköterskor att sjukhuset har så bråttom att faxa för att de anser att kommunerna vill vara långsamma och utnyttja de fem dagarna som kommunen har rätt till innan patienten får komma hem. Men önskar patienten komma hem och det går att ordna finns det ingen anledning från kommunens sida att invänta ett datum uttrycker de kommunalt anställda sjuksköterskorna. Att vårdplaneringstiden ligger rätt i tiden är viktigt för att öka patientens delaktighet i vårdplaneringsmötet. Det är viktigt att patienten är utskrivningsklar och har så optimalt hälsa som möjligt för att kunna delta i mötet anser kommunalt anställda sjuksköterskor.

Vårdplaneringsmötets längd

Vårdplaneringsmötet ska inte vara för långt anser kommunalt anställda sjuksköterskor. Om alla deltagarna på vårdplaneringsmötet är förberedda behöver mötet inte ta så lång tid. 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. Något vårdplaneringsteam har tidsbegränsat vårdplaneringstiden, 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 ofta uppstår om mötet drar ut på tiden. Längre vårdplaneringstid kommer ofta inte 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 konflikter som uppstår. Antalet anhöriga som medverkar samt deras förhållningssätt och personligheter påverkar också hur långt vårdplaneringsmötet blir. Mötestiden ligger mellan 30 minuter och en timma, men kan också vara avklarad på tio minuter.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Sjuksköterskor i kommunen vill gärna dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter av att delta i vård- och omsorgsplanering. Det är med glädje vi fått genomföra dessa intervjuer. Sjuksköterskorna visar på engagemang och intresse för att vård- och omsorgsplaneringen ska bli så bra som möjlig för både patient och närstående. Målet är att det ska fungera för patienten vid utskrivning från sjukhuset och att allt ska vara så väl förberett och genomtänkt så att patienten upplever en säker och god vård samt undviker återinskrivning på sjukhuset. Det finns dock många faktorer som utgör hinder i vård- och omsorgsplaneringen. Trots det finns en övergripande känsla av att vård- och omsorgsplaneringen är viktig och att alla som jobbar med det arbetar utifrån bästa förmåga och med en vilja att se till patientens bästa.

Viljan att ha patienten i fokus

Tidigare forskning visar att det finns många faktorer som påverkar hur vård- och omsorgsplaneringen fungerar och upplevs för patienten. Det gäller såväl faktorer hos patienten, närstående, personal som samverkan mellan tvärprofessionella verksamheter, kommunikation och tidsaspekt. Både Rydeman och Törnkvist (2006) samt Efraimsson (2005) skriver om patientens sårbarhet och beroende i vårdplaneringsprocessen vilket även framkommer i vårt resultat. Det finns dock fenomen som vi anser skiljer sig från tidigare forskning och som vi vill belysa. Först och främst är det viljan och medvetenheten att sätta patienten i fokus som framträder på ett tydligt sätt. Att rikta uppmärksamhet mot patienten och direkt ställa frågor till honom hur han mår och hur han tänker om framtiden är ett medvetet och strukturerat sätt att sätta patienten i centrum. Om närstående vill hävda sin åsikt utan samspråk med patienten reagerar såväl sjuksköterskor som biståndsbedömare i kommunen. Det är med glädje vi ser att det finns en stor vilja hos kommunens personal att ta och känna ansvar för patienten. Detta medvetna förhållningssätt har vi inte noterat i tidigare forskning. Vi ser här att kommunens vårdpersonal tar ansvar för vårdrelationen mellan patienten och vårdaren för att göra sitt bästa att lindra lidande och främja hälsa och välbefinnande för patienten. Enligt Dahlberg et al. (2003) är det vårdarens ansvar att en vårdrelation blir positiv och förutsätter att vårdaren är öppen och reflekterande. I vårt resultat framkommer att om medicinskt språk eller fackuttryck används under vårdplaneringsmötet agerar kommunens sjuksköterskor och biståndsbedömare för att få deltagarna på mötet att använda ett begripligt språk på svenska. Vi tror att denna ökade medvetenhet om patientens rättigheter kan bero på ämnets aktualitet i nuläget på såväl riksplan som på det lokala planet.

För att underlätta för patientens delaktighet i vård- och omsorgsplanering och möjlighet att komma i fokus intas förhållningssättet att beslutet som fattas på vårdplaneringsmötet inte ska gälla för alltid. Det sker en ständig utvärdering så att insatserna motsvarar behovet. Ett sådant synsätt hjälper till att avdramatisera beslutet som ska fattas på vårdplaneringsmötet. Uppföljande vårdplanering i hemmet är något som ofta görs och har ett stort värde. Det är svårt eller näst intill omöjligt för patient och närstående att vid vårdplaneringsmötet inse vilka insatser och till vilken omfattning som kan bli aktuella vid utskrivning. Att beslutet inte är statistiskt tycker vi underlättar för patienten i den stora förändring, transition, som han befinner sig i. Enligt Meleis et al. (2000) är sjuksköterskor ofta de primära vårdgivarna som uppmärksammar de förändringar och krav som transitionen innebär i det dagliga livet för patienter och deras familjer. Sjuksköterskor får vidare förbereda patienter inför transitioner och underlätta processen att lära sig nya färdigheter relaterade till patientens upplevelse av hälsa och sjukdom.

En känslig fråga är hur många personer som ska medverka vid vårdplaneringsmötet för att patientens möjlighet till delaktighet och möjlighet att vara i fokus ska tillgodoses. Det ska inte vara fler personer än nödvändigt. Det kan lätt upplevas jobbigt för patienten om det är många personer med under mötet som alla informerar och kommer med förslag. Samtidigt är det viktigt med olika professioners kompetens för att få en uttömmande bild av patientens förmåga och hjälpbehov. När vårdplaneringsmötet hålls på rehabiliteringskliniken är många professioner representerade vilket förefaller naturligt och motiverande. För att minska patientens utsatthet då deltagarantalet är många är det viktigt att deltagarna presenterar sin information på ett välförberett och lugnt sätt.

Stress vid vårdplaneringsmötet och behov av struktur

Ett annat viktigt fenomen som framkommer mycket tydligt i vårt resultat är den stress som sjuksköterskor i kommunen upplever att det finns på slutenvårdsavdelningarna i samband med vård- och omsorgsplanering. Många vårdplaneringsmöten är bra, men i många fall är sjuksköterskan på avdelningen stressad och det är dåligt förberett inför mötet. Det visar sig exempelvis genom att någon lokal för vårdplaneringsmötet inte är utsedd, bakgrundsinformation och kännedom om patienten är bristfällig. Ett grundläggande krav för att vårdplaneringsmötet ska kunna genomföras på ett värdigt sätt tycker vi är att en ostörd lokal är utsedd där respekten för alla deltagarna i vårdplaneringsmötet bibehålls. Att inte hunnit träffa och samtalat med patienten innan eller fördjupat sig i dokumentation vid vårdtillfället samt tidigare kontakter med slutenvård innebär risk för att beslut fattas på alltför osäkra premisser. Det förefaller ibland som om sjuksköterskan är osäker på vilken information som ska ges och vad som efterfrågas av personalen från kommunen. Det är idag korta vårdtider och sjuksköterskor i kommunen har förståelse för att det innebär svårigheter för sjuksköterskan på avdelningen då hon inte träffat patienten förrän samma dag som vårdplaneringsmötet. Även i mycket av tidigare forskning framkommer att tidsbrist har en negativ påverkan och Moats (2006) beskriver just svårigheterna att bedriva en patientcentrerad vård med den tidspress som råder på medicinska akutvårdsavdelningar.

Majoriteten av sjuksköterskorna i kommunen anser att vårdplaneringsmötet ligger lite för tidigt i tiden och att alla undersökningar många gånger inte är gjorda vid vårdplaneringstillfället. Det är då svårt och ibland rent omöjligt att fatta bra och lämpliga beslut om fortsatt vård- och omsorgsbehandling. Det är viktigt att slutenvården har en individuell plan med sitt skickade fax till kommunen och att det inte bara sker rutinemässigt tycker sjuksköterskor i kommunen. Kommunen vill gärna komma på vårdplaneringsmötet, men då ska patienten vara utskrivningsklar. Vi tycker det är viktigt att det finns en attityd till varandras verksamheter som är positiv och utgår från samförstånd för att det ska bli så bra som möjligt för patienten. Det handlar om att både kunna ge och ta och att ha patientens bästa framför ögonen. Ett annat fenomen som framträder i resultatet är behovet av struktur över vårdplaneringsmötet. Det etiska patientperspektivet blir framträdande vid strukturen över mötet, då patienten betraktas som den främsta experten på sig själv. Rutinen med att först ge information till kommunens personal, utan patient och närstående men med deras medgivande, förefaller vara mycket positivt. Fördelen är att mycket medicinsk information kan ges som sen ska utgöra basen i den fortsatta planeringen. Det blir lättare att sedan rikta uppmärksamheten mot patienten och hans framtid samt tillgång till kommunens insatser när det medicinska är avhandlat. Förhållningssättet förutsätter dock en etisk reflektion. Att först inhämta ett etiskt godkännande från patienten är en grundförutsättning. Då syftet med rutinen är att gagna patienten för en bra och säker vård anser vi detta vara en bra arbetsmodell. Sjuksköterskan på avdelningen får vara med på det fortsatta mötet med patient och närstående

om de så önskar, men annars förefaller hennes närvaro inte vara nödvändig. Det blir i stället en symbolisk handling att kommunen blir ensam med patient och närstående och tar över ansvaret och planeringen för patienten. Eftersom sjuksköterskan på avdelningen ofta är stressad och upptagen kan det vara en fördel för henne att veta att hennes del i vårdplaneringsmötet motsvara ungefär femton minuter med en ordentlig rapport till kommunens personal och att de sedan tar över mötet.

Kommunikationens och informationens betydelse

En annan aspekt som vi finner viktig i vård- och omsorgsplanering är kommunikation och information, såväl till patient och närstående som mellan olika verksamheter. Patienter som är i behov av vård- och omsorgsplanering är ofta inne i en transition. Enligt Berg (2008) är förväntningar, förberedelse och kunskapsnivå några av de faktorer som påverkar transitionen. Här tror vi att informationen har en viktig betydelse. Enligt Carroll och Dowling (2007) är det för att få en lyckad utskrivning nödvändigt med en effektiv kommunikation mellan patient och personal. Vi tror att även kommunikationen med anhöriga är av stor vikt. I vårt resultat kan vi se att sjuksköterskor i kommunen anser att närståendes medverkan i vårdplaneringsmötet är viktigt för såväl patient som personal. Närstående drar ofta ett stort lass i vården av sina anhöriga och kan behöva avlastning och olika stöd. Många närstående utgör ett stöd för patienten, medan andra har svårare att lyssna in och respektera patientens vilja. I Rydeman och Törnkvist (2006) beskrivs liknande erfarenheter. I vårt resultat har vi kunnat se att kommunens sjuksköterskor upplever att det ofta råder en okunskap kring kommunens olika hjälpinsatser och innebörd av dem. Detta gör att information till närstående om kommunens olika insatser och omfattningen av dem utgör en central punkt i vårdplaneringsmötet. Många närstående har en förutfattad mening om kommunens service grundad på vad som presenteras i media och okunskap. Om kunskapen kring kommunens utbud och tillgänglighet ökas hos närstående tror vi att konflikter mellan patient och närstående skulle kunna minskas och att beslut om patientens insatser tas i större samförstånd.

Det är inte bara patient och närstående som är beroende av korrekt och aktuell information. Även informationen mellan verksamheterna brister många gånger vilket försvårar vård- och omsorgsplaneringen. Från sjuksköterskor i kommunen framkommer att det kan vara svårt att avgöra om en patient är aktuell för hemsjukvård eller ej utifrån den information som ges på faxunderlaget. Visst finns en önskan att vara närvarande vid alla vårdplaneringsmöten, men om det enbart är aktuellt med insatser från socialtjänsten eller det råder tidsbrist måste en prioritering ske för de patientansvariga sjuksköterskorna i kommunen.

Sjuksköterskor i kommunen har en önska att den medicinska informationen som ges i samband med vårdplaneringsmötet förbättras och innehåller uppgifter om behandling, prognos och planerad uppföljning. Eftersom patienten själv ofta inte har kännedom eller har förstått detta känner sjuksköterskorna i kommunen att de befinner sig i ovetskap som kan leda till sämre vård för patienten. Här vill vi komma med ett förslag för att kunna uppnå en förbättring. Vi föreslår att avdelningarna inom slutenvården tar fram ett formulär som är tänkt att fyllas i exempelvis dagen före vårdplaneringsmötet vid rond med ansvarig läkare. Här ska uppgifter finnas om intagningsorsak och datum, diagnos, tidigare sjukdomar, utredning och behandling under vårdtillfället samt prognos, uppföljning och fortsatt vårdnivå. Detta skulle tydliggöra läkarens ansvar för vård- och omsorgsplaneringen. Det skulle även underlätta för sjuksköterskan på avdelningen och ge en bättre medicinsk information till kommunens sjuksköterskor.

Allt i vårt resultat kring informationsöverföring från slutenvårdens sida är dock inte negativt. Sjuksköterskorna i kommunen tycker att patienten alltid har med sig omvårdnadsepikris från avdelningen vid utskrivningen. Den är idag datoriserad vilket innebär en klar förbättring mot tidigare då de var handskrivna. Detta stöds även av Hellesø (2006) som ser positiva effekter av att införa datoriserade omvårdnadsepikriser. Sjuksköterskor i kommunen önskar ändå en förbättring på några punkter. När patienten har ett förändrat och ofta försämrat tillstånd är det bättre att avblåsa vårdplaneringsmötet och invänta ett bättre passande tillfälle. Det innebär respekt för både patient, närstående och kommun. En vård- och omsorgsplanering är inte bara en arbetsuppgift som ska genomföras utan det ska göras när patienten är utskrivningsklar och det finns förutsättningar för ett bra vårdplaneringsmöte.

Skillnader i arbetsförhållanden för sjuksköterskor i kommunen gentemot slutenvården behöver också lyftas fram då många sjuksköterskor i kommunen tycker att slutenvården har en bristande förståelse för det. Utbildning och auskultation i varandras verksamheter står högt upp på önskelistan hos sjuksköterskor i kommunen. Även Rydeman och Törnkvist (2006) belyser vikten av utbildning för att få förståelse för varandras verksamheter samt stöd från organisationen för att optimera utskrivningsprocessen. Vi tror att med en bättre kunskap om varandras verksamhet kan samarbetet förbättras och vårdkedjan fungera smidigare. Detta kan i sin tur ge en ökad trygghet för patienten och en bättre kontinuitet i medicinsk behandling och omvårdnad.

Metoddiskussion

Intervju är en metod som lämpar sig väl då kvalitativt präglade företeelser ska undersökas (Dahlberg, 1997). Vårt uppdrag från Äldreväst Sjuhärad har varit att genomföra semistrukturerade intervjuer med frågeställningar som belyser de aspekter som tidigare forskning visar påverkar vård- och omsorgsplaneringen. Urvalet av informanter från utsedda kontaktpersoner inom kommuner för vård- och omsorgsplanering kan ha påverkat resultatet. Möjligtvis är dessa personer mer positiva och mer engagerade i vård- och omsorgsplaneringen än genomsnittet av kommunalt anställda sjuksköterskor. Det kan ha påverkat resultatet där vi ser ett stort engagemang och intresse för att öka patientens delaktighet i vårdplaneringsmötet. Vi har inte intervjuat någon manlig sjuksköterska i kommunen. Våra frågeställningar har inte varit av någon specifik genuskaraktär, men det är möjligt att vi fångat andra aspekter om vi fått en intervju av en manlig sjuksköterska. Kvaliteten på intervjuerna är beroende av våra kunskaper och kvalifikationer som intervjuare. Vi författare har ingen tidigare personlig erfarenhet av att genomföra intervjuer, vilket troligtvis bidragit till att vi fått ett begränsat djup i intervjuerna. Vår ambition har varit att vara följsam till informanten så att de semistrukturerade frågorna ställts utifrån hur samtalet utvecklats och förefallit naturligt, vilket borde ha underlättat för informanten att dela med sig av sina erfarenheter utan att känna sig styrda att svara på ett visst sätt. Enligt Hsieh och Shannon (2005) finns det vid riktad innehållsanalys dock en risk att informanterna genom de semistrukturerade frågorna anpassar sina svar för att glädja intervjuaren. Vår uppfattning är ändå att informanterna själva spontant berört de tidigare kända kategorierna och våra semistrukturerade följdfrågor har mest använts för att förtydliga eller fördjupa det informanterna redan berört. Vi upplever därigenom intervjuerna som relativt öppna. Vi har varit närvarande båda två vid samtliga intervjuer. Redan vid telefonkontakten blev intervjupersonerna informerade om att vi skulle delta båda två författare under intervjutillfället, vilket samtliga gav sitt godkännande till. Att vara två intervjupersoner kan av informanten upplevas som att befinna sig i ett underläge. Vi har försökt att minska effekten av det genom att inleda med en stund avspänt samtal kring vardagshändelser, berättelse om oss själva och hur vi tänkt lägga upp intervjun.

I analysarbetet har vi utgått från kända kategorier som tidigare forskning har funnit betydelsefulla för vård- och omsorgsplanering. En styrka med detta angreppssätt är att existerande fakta kan stödjas och utvidgas. När dataanalysen utgår från tidigare forskningsresultat finns dock en risk att som författare närma sig data med bias. Det finns en risk att vara mer benägen att hitta bevis som stödjer tidigare forskningsresultat än avvisar den (Hsieh & Shannon, 2005). Vi har varit medvetna om denna risk och haft den i åtanke för att öka tillförlitligheten. Vi har i samförstånd försökt kategorisera allt datamaterial, kondenserat meningsenheter och presenterat i respektive kategori. Det är vårt sätt att utifrån kunskap och förmåga analysera datamaterialet, vilket innebär att resultatet kunnat se annorlunda ut vid andra studenters/forskarens analys. För att vi alla ska kunna förbättra patientens delaktighet i vård- och omsorgsplaneringen föreslår vi vidare forskning där patients upplevelser av att delta i vård- och omsorgsplanering studeras och analyseras. Det är först då vi får kunskap om vad patienter utifrån ett livsvärldsperspektiv upplever och erfar.

Elo och Kyngäs (2007) skriver att för att ge en tillförlitlighet ska analysprocessen och resultatet beskrivas på ett så detaljerat sätt så att läsaren förstår hur analysen genomförts och dess styrkor och begränsningar. För att öka tillförlitligheten kan citat användas. Detta gör att läsaren får reda på utifrån vilken data kategorier är formulerade. Av denna anledning har vi använt oss av citat. Vi har även gemensamt diskuterat analysen, reflekterat över oklarheter och skilda uppfattningar för att uppnå en större tillförlitlighet. För att säkerställa överförbarhet ska enligt Graneheim och Lundman (2004) en tydlig beskrivning ges över kontext, urvalet av informanter, datainsamling och dataanalys. Vi har haft ambitionen att följa dessa förutsättningar för att säkerställa överförbarheten av denna studie. Vi anser att vårt resultat kan överföras till andra kommuner och landsting i Sverige eftersom fenomenet vård- och omsorgsplanering förekommer i hela landet. Skillnader kan dock förekomma kring lokala rutiner och anvisningar.

Praktisk tillämpning

För att vårdplaneringsmötet ska bli så bra som möjligt behöver samverkan mellan slutenvården och kommunen förbättras. Vi tror att med små insatser men med stor medvetenhet kan vårdplaneringsmötet avsevärt förbättras.

Våra förslag på förbättringspunkter för slutenvården är:

- att meddela patient och närstående om vårdplaneringstillfället.
- att dela ut informationsbroschyr till patienten och att uppmuntra till förberedelse inför mötet genom att exempelvis skriva ner frågor och funderingar.
- att förbereda den medicinska rapporteringen genom en ordentlig översyn via ett formulär med ansvariga läkare.
- att se ut lämplig lokal till vårdplaneringsmötet och att avsätta 15-20 minuters rapporttid.

Våra förslag på förbättringspunkter för kommunen är:

- att vara bra förberedda inför vårdplaneringsmötet och inhämtat så mycket information som möjligt.
- att arbeta på att medvetet sätta patienten i centrum vid vårdplaneringsmötet, till exempel genom att hälsa på patienten först och sedan anhöriga och slutenvårdens personal.
- att vara lyhörd för patientens önsknings.
- att erbjuda och uppmuntra möjlighet till uppföljning i hemmet.
- att ge ordentlig information till patient och närstående för att väl grundade beslut ska kunna fattas.

SLUTSATS

Vårdplaneringsmötet är ett lysande tillfälle att träffa patienten oavsett om det är första kontakten med kommunen eller om det är uppföljning. En bra vård- och omsorgsplanering är en planering där alla medverkar för patientens skull och sätter patienten i fokus. Planeringen går ut på att det ska bli så bra som möjligt för patienten när han kommer hem och att han slipper komma tillbaka i retur till sjukhuset. Det finns ett ökat intresse för vård- och omsorgsplaneringar och en vilja att förbättra rutiner ute i kommunen. Dock upplever många sjuksköterskor i kommunen att det finns en stress på sjukhuset och dåligt avsatt tid för vårdplaneringsmöten.

REFERENSER

- Berg, L.-L. (2008). *Transition*. Föreläsning 2008-01-21. Borås: Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås.
- Carroll, Á., & Dowling, M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, 16(14), 84-90.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.- O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Efraimsson, E. (2005). *Vårdplaneringsmötet. En studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare*. Doktorsavhandling; Umeå Universitet, Institutionen för Omvårdnad.
- Efraimsson, E. (2008). *Samordnad vård och omsorgsplanering för äldre personer med multisjukdomasproblematik: förutsättningar för delaktighet och samverkan ur ett brukarperspektiv*. Projektplan. Borås.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107-115.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hellesø, R. (2006). Information handling in nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 11-21.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277- 1288
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lokal anvisning för hälso- och sjukvården i Södra Älvsborg. (2008). *Informationsöverföring och samordnad vårdplanering- utskrivningsklara patienter inom somatisk sjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård samt överenskommelse om rutiner för remittering mellan länssjukvården och primärvården i Södra Älvsborg*. Hämtad 2008-09- 15 från <http://reko.vgr.se/upload/REKO%20Sjuhärad/Informationsoverforing/Informationsoverforing.pdf>
- Lokalt projekt – Implementation av ny rutin och IT-stöd. (2008). *Utvecklingsprojekt – Samordnad vårdplanering*. Hämtad 2008-10-13 från http://reko.vgr.se/vgrtemplates/RegRightColumn_____24794.aspx
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E-O., Messias, D.K.H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* 23 (1), 12-28.

- Moats, G. (2006). Discharge decision-making with older people: The influence of the institutional environment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 107-116.
- Rydeman, I., & Törnkvist, L. (2006). The patient's vulnerability, dependence and exposed situation in the discharge process: experiences of district nurses, geriatric nurses and social workers. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1299-1307.
- Ross, F., O'Tuathail, C., & Stubberfield, D. (2005). Towards multidisciplinary assesment of older people: exploring the change process. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 518-529.
- SFS (1990:1404). *Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.*
- SFS (2003:193). *Lag om ändring om lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.*
- Siegler, E. L., et al. (2007). Improving Communication at the Transition to Home Health Care: Use of an Electronic Referral System. *Home Health Care Management & Practice*, 19(4), 267-271.
- Socialstyrelsen.(2008a). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2007.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008b). *Kallelse till samordnad vårdplanering- hur gick det sedan? Hämtad 2008-09-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10142/2008-126-19.htm>*
- SOSFS (2005:27). *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.*
- Södra Älvsborgs Sjukhus och Primärvården Södra Älvsborg inom Sjuhärad. (2006). *Informationsöverföring och samordnad vårdplanering. Rapport från ett samverkansprojekt mellan Södra Älvsborgs Sjukhus och Primärvården Södra Älvsborg inom Sjuhärad.*
- Ternstedt, B.-M. (2007). *Att få vara den man är i dödens närhet.* Ingår i G. Silfverberg (Red.), *Hemmets vårdetik. Om vård av äldre i livets slutskede.*(ss. 147-163) Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Hämtad 2008-10-01 från <http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

BILAGOR

Bilaga 1 Intervjuunderlag

Intervjufrågor

1. Bakgrundsvariabler

- Hur gammal är du?
- När tog du din sjuksköterskeexamen?
- 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?

8. Vi tänkte avsluta med ett frågeformulär som du kan fylla i om du vill.

- Vill du utveckla det vidare?
- Hur tänker du då?
- Vill du berätta mer?
- Kan du förtydliga det?
- Vill du ge något exempel?
- Hur skulle du vilja att det var?

Bilaga 2 Informationsblad

Hej!

Vi heter Jenny Andersson och Berit Carlsson. Vi studerar på distriktssköterskeutbildningen vid Högskolan i Borås. Utbildningen avslutas med ett examensarbete på magisternivå som skall handla om något problemområde inom yrket. Vi har valt att göra en intervjustudie om sjuksköterskors upplevelser av vård- och omsorgsplanering. Vi planerar att intervjua sjuksköterskor i hemsjukvården som deltar vid vård- och omsorgsplaneringar på sjukhus inför utskrivning. Vår uppfattning är att sjuksköterskor besitter en stor kunskap och erfarenhet inom detta område. Genom att få ta del av och beskriva dessa upplevelser kan ökad kunskap erhållas vilket på sikt gynnar patienterna. Vårt examensarbete ingår som en del i ett större projekt som vår handledare Eva Efraimsson arbetar med på uppdrag av Äldreväst Sjuhärad. Projektet syftar till att utveckla former för att förbättra brukarnas/patienternas möjlighet till delaktighet under vård- och omsorgsplaneringen.

Intervjun kommer att genomföras på en ostörd plats som väljs av dig och pågå under cirka en timme. Vi kommer att närvara båda två och intervjun kommer att spelas in på band. Bandet kommer sedan att skrivas ut till en text för att vi ska kunna bearbeta och analysera materialet. Dina personuppgifter kommer att avidentifieras och materialet kommer att behandlas och förvaras så att inga obehöriga kan ta del av det. Deltagandet i intervjun är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan särskild förklaring. Sammanställning och analys av intervjuerna kommer att presenteras i vår uppsats. Om intresse finns kan vi komma och delge resultatet muntligt.

Har du några frågor är du välkommen att kontakta oss.

Jenny Andersson, distriktssköterskestudent, Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås.

Tel: XXXXX e-mail: XXXXX

Berit Carlsson, distriktssköterskestudent, Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås.

Tel: XXXXX e-mail: XXXXX

Handledare: Eva Efraimsson, Universitetslektor, Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås och Äldreväst Sjuhärad. Tel: XXXXX e-mail: XXXXX

Bilaga 3 Broschyr Information om vårdplanering

Information om vårdplanering

Varför görs en vårdplanering?

Syftet med en vårdplanering är att skapa en helhetsbild av din situation och de insatser som eventuellt behövs för att du ska kunna klara dig så bra som möjligt efter sjukhusvistelsen.

Vid vårdplaneringen kan du välja om du vill ha med dig någon närstående. Vårdplaneringen leds oftast av en omsorgsutredare eller biståndsbedömare. Dessutom deltar ofta personal från hemsjukvård, primärvård, rehabilitering samt berörd personal från lasarettet.

Hur sker vårdplaneringen?

- Under vårdplaneringen informeras om den vård och behandling du fått på lasarettet.
- Du får framföra dina önskemål.
- Dina behov av insatser planeras.
- Insatser bedöms alltid utifrån dina individuella behov.
- Mötet brukar ta cirka en timma.

Tänk gärna igenom och skriv ner dina önskemål inför vårdplaneringen!

.....

.....

.....

.....

Vad handlar vårdplaneringen om?

Primärvård

Sjukvårdsinsatser får du i första hand vid din distriktssköterskemottagning eller vårdcentral.

Rehabilitering

De rehabiliteringsinsatser som du behöver, utförs där det är mest lämpligt - på vårdcentralen, vid mottagning på lasarettet eller i det egna hemmet. Insatserna kan bestå av träning, utprovning av hjälpmedel m.m.

Hemtjänst

Hemtjänst innefattar hjälp med den personliga omvårdnaden, matleveranser, trygghetslarm m.m.

Hemsjukvård

Kommunens distriktssköterska utför själv, eller med hjälp av hemtjänstens personal, sjukvårdsuppgifter i hemmet, t.ex. såromläggning och medicinering. Även du som är mycket svårt sjuk kan få din sjukvård och behandling i det egna hemmet. Distriktssköterskan både i kommunen och primärvården samarbetar med den läkare som är din patientansvarige läkare (PAL).

Särskilt boende/korttidsplats

Särskilt boende finns i form av servicelägenhet och särskilt boende/servicehus. Dessutom finns ett visst antal platser för tillfälligt boende, så kallad korttidsplats.

Bilaga 4 Faxblankett – Samordnad vårdplanering

Klinik/Avdelning

Patientidentitet

Använd klinikens/avdelningens stämpel

Stämplas med patientbricka

Sändes till: • Kontaktperson i kommunen • Kontaktperson i öppenvården	Inskrivningsmeddelande Datum..... Sjuksköterska..... Telefon.....
---	---

Fax 1 Sändes till: • Kontaktperson i kommunen • Kontaktperson i öppenvården	Kallelse till samordnad vårdplanering (bifoga Underlag inför samordnad vårdplanering) Inför samordnad vårdplanering tag snarast, inom ett dygn, kontakt med: Sjuksköterska..... Telefon..... Informationsöverföring bekräftad och vårdplanering inledd:
Faxat Datum..... Kl.....	Datum..... Sjuksköterska.....
	Mottagit fax Datum..... Kl.....

Fax 2 Sändes till: • Kontaktperson i kommunen	Meddelande om utskrivningsklar patient Patienten är utskrivningsklar fr o m datum..... Datum..... Ansvarig läkare..... Betalningsansvar inträder fr o m datum.....
---	--

Fax 3 Sändes till: • Kontaktperson i kommunen	Meddelande om uppskjuten utskrivning <input type="checkbox"/> Uppskjuten utskrivning (inom en vecka) med oförändrat vårdbehov Datum..... Sjuksköterska..... Patienten är utskrivningsklar fr o m datum..... Datum..... Ansvarig läkare..... Betalningsansvar inträder fr o m datum..... <input type="checkbox"/> Väsentlig förändring i patientens tillstånd som kräver ny vårdplanering Datum..... Ansvarig läkare.....
---	--

Fax 4 Sändes till: • Kontaktperson i kommunen • Kontaktperson i öppenvården • Ekonomiavd (ej justerad vpl)	Meddelande om utskrivning (bifoga justerad Samordnad vårdplan) Datum för justering av vårdplan..... Kommunens betalningsansvar upphör Patienten utskriven datum..... till..... Patienten avliden datum..... Datum..... Sjuksköterska.....
--	---

Bilaga 5 Underlag inför samordnad vårdplanering

Blankett för informationsöverföring mellan vårdgivare inom hälso- och sjukvården i södra Älvsborg

Underlag inför samordnad vårdplanering

Klinik/avdelning

Använd kliniken/avdelningens stämpel

Patientidentitet

Stämpas med patientbricka

Patienten beräknas utskrivningsklar fr o m datum

Mottagare av fax Kommun Öppenvård

Patient/närstående har gett sitt medgivande till informationsöverföring

Inläggningsorsak.....Datum.....

Medicinsk diagnos.....

Aktuella eller planerade vårdåtgärder under vårdtiden.....

Patienten har under vårdtiden haft kontakt med Sjukgymnast Arbetsterapeut

Beskrivning av patientens fysiska och psykiska funktionsförmåga, sociala behov och rehabiliteringsbehov

.....

SUNNAAS ADL-index		Datum.....	
	0 1 2 3		
1 ÄTA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3= Kan själv och gör det	Klarar sig själv
2 KONTINENS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2= Kan själv och gör det med hjälpåtgärder	
3 FÖRFLYTTNING, inne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4 TOALETTBESÖK	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5 ÖVERFLYTTNING	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1= Behöver hjälp av annan person eller motivering	Klarar sig inte själv
6 AV/PÅKLÄDNING	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kan själv men gör det inte	
7 DAGLIG HYGIEN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
8 MATLAGNING	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0= Kan inte	
9 BAD/DUCH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
10 HUSHÅLLSARBETE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
11 FÖRFLYTTNING, ute	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
12 KOMMUNIKATION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Patientens behov/önskemål om fortsatta insatser

Socialtjänst

Hälso- och sjukvård.....

Rehabilitering

Hjälpmedel

Behandlingshjälpmedel

Datum..... Uppgiftslämnare..... Tfn inkl riktnr.....

Fortsatt vårdplanering Per telefon På sjukhus Datum..... Klockan.....

Personer som ska kallas.....

Bilaga 6 Samordnad vårdplan

Blankett för informationsöverföring mellan vårdgivare inom hälso- och sjukvården i södra Älvsborg

Samordnad vårdplan

Klinik/Avdelning

Använd klinikkens/avdelningens stämpel

Patientidentitet

Stämplas med patientbricka

Ifylles av omvårdnadsansvarig sjuksköterska inför vårdplanering

Kompletterande uppgifter inför samordnad vårdplanering.....

Ifylles av kommunens/öppenvårdens handläggare vid vårdplaneringstillfället (omv-ansvarig ssk på sjukhus vid vpl per tfn)

Vårdplaneringsdatum..... På avdelning Per telefon
 Kommunens handläggare..... Tfn inkl riktnr.....
 Ansvarig läkare öppenvården..... Tfn inkl riktnr.....
 Övriga deltagare vid vårdplaneringen.....

Samordnad vårdplan inför utskrivning

Socialtjänst..... Ansvarig.....
 Hälso- och sjukvård (läkarinsats)..... Ansvarig läkare.....
 Hälso- och sjukvård (sjuksköterskeinsats)..... Ansvarig ssk.....
 Rehabilitering..... Ansvarig.....
 Hjälpmedel..... Ansvarig.....
 Behandlingshjälpmedel..... Ansvarig.....
 Läkemedelshantering Eget ansvar Dosett Apodos Apotek.....
 Utskrivningsmeddelande Namn.....
 Med. epikris skickas till Adress.....
 Omvårdnadsepikris Namn.....
 skickas till Adress.....
 Rehabiliteringsepikriser Namn.....
 skickas till Adress.....

Datum för utskrivning..... Uppföljande vårdplanering

Patient/närstående samtycker till planerade åtgärder Ja

Justering av upprättad samordnad vårdplan

Öppenvårdsrepr Datum..... Namn..... Tfn.....
 Kommunrepr Datum..... Namn..... Tfn.....
 Sjukhusrepr Datum..... Namn..... Tfn.....
 Sjukhusrepr Datum..... Namn..... Tfn.....

BILAGA 6 - SAMORDNAD VÅRDPLAN