



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

Svårigheter och möjligheter med ett klientcentrerat arbetssätt inom hemrehabilitering

Författare: Venita Quist

Handledare: Dennis Persson

April 2007

Kandidatuppsats

Adress: Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Sektionen för arbetsterapi

2007-04-27

Svårigheter och möjligheter med ett klientcentrerat arbetssätt inom hemrehabilitering.

Venita Quist

Abstrakt

Syftet med studien var att undersöka vad klientcentrerat arbetssätt innebär för teamet inom hemrehabilitering och möjligheterna att arbeta klientcentrerat. En arbetsledare och en undersköterska ifrån två hemreabteam intervjuades. Resultatet visade att de intervjuade upplevde att det finns goda förutsättningar för ett klientcentrerat arbete inom hemrehabilitering i den här kommunen i nuvarande form. De har resurserna som behövs för att nå vårdtagarnas individuella rehabiliteringsmål. De intervjuade upplever att de har stora möjligheter att arbeta klientcentrerat. Svårigheterna ligger i osäkerheten vad förändringarna kommer att innebära för hemrehabiliteringen, på grund av att de ska integreras i hemvården.

Nyckelord: arbetsterapi, rehabilitering, hemvård, individuella mål.

Kandidatuppsats
Sektionen för arbetsterapi, Box 157, S-221 00 Lund

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Bakgrund.....	4
1. 1 Historisk klientcentrering.....	4
1. 2 Arbetsterapeuters upplevelser av klientcentrering.....	4
1. 3 Rehabilitering.....	5
1. 4 Rehabiliteringsteam.....	6
1. 5 Individuella mål.....	7
2. Syfte.....	8
3. Metod.....	8
3. 1 Urvalsförfarande.....	8
3. 1. 1 beskrivning av undersökningsgruppen.....	8
3. 2 Metod för insamling av information.....	9
3. 3 Procedur.....	10
3. 4 Bearbetning av insamlad information.....	10
3. 5 Etiska överväganden.....	10
4.Resultat.....	10
4. 1 Rädsla för tid och resursbrist.....	11
4. 2 Förståelse, information och olika mål.....	11
4. 3 Klientcentrerad kunskap.....	12
4. 4 Svårigheter med att arbeta klientcentrerat.....	12
4. 5 Vad som möjliggör klientcentrerat arbete.....	13
5. Diskussion.....	15
5. 1 Resultatdiskussion.....	15
5. 1. 1 Rädsla för tid och resursbrist.....	15
5. 1. 2 Förståelse, information och olika mål.....	15
5. 1. 3 Klientcentrerad kunskap.....	16
5. 1. 4 Vad som möjliggör klientcentrerat arbetssätt.....	17
5. 2 Metoddiskussion.....	19
5. 3 Slutsats.....	20
6. Referenslista.....	22

Bilaga A: brev till enhetschef

Bilaga B: brev till intervjuperson

Bilaga C: intervjufrågor

Bakgrund

Många arbetsterapeuter är överens om att det är viktigt med ett klientcentrerat arbete, men att genomföra det i praktiken kan ändå stöta på hinder. Ofta samarbetar arbetsterapeuter med andra professioner i ett vårdteam. Den här studien vill lyfta fram både arbetsterapeuters, arbetsledares och undersköterskors upplevelse av klientcentrerat arbetssätt.

1. 1 Historik klientcentrering

Under större delen av efterkrigstiden dominerade det medicinska paradigmet synsättet inom sjukvården. Hiarkin styrde mellan klient och terapeut, terapeuten var expert medan klienten var mer passiv. Det sjuka betonades, klientens kunskap ignorerades och arbetsterapeuterna specialiserade sig på utrustning och tekniker i utförandet av aktivitet. (Corring & Cook 1999)

På 1980-talet uppstod emellertid åter intresse för klientcentrerat arbete¹, vilket tydligt visade sig i de artiklar som publicerades i bl.a. tidskriften *Canadian Journal of Occupation*. Den klientcentrerade metoden framkom tydligt 1983 genom dokumentet *Canadian Association of Occupational Therapist (CAOT, 1983)*. De nya riktlinjerna inom arbetsterapi innebär att möjliggöra för människor att välja, organisera och utföra de aktiviteter de finner meningsfulla i deras miljö. De syftade även till att ge människor möjligheter att involvera sig i att lösa sina egna problem genom att arbetsterapeuterna lyssnar, uppmuntrar och engagerar sig, och genom guidning och utbildning av klienterna. (CAOT, 2002)

1. 2 Arbetsterapeuters upplevelser av klientcentrerat arbete

Ur resultat ifrån tidigare publicerade studier kring arbetsterapeuters inställning till att arbeta klientcentrerat (Wressle & Samuelsson, 2004; Sumsion & Smyth, 2000; Wilkins, Pollock, Rochon & Law, 2001) lyfter författarna fram de möjligheter och hinder som finns enligt denna metod. Svårigheterna inkluderar allt från arbetsterapeuter som är förvirrade över hur de ska översätta klientcentrerat arbetssätt till deras dagliga arbete, samt till arbetsterapeuter som är obekväma med att släppa kontrollen över klientens behandling. Det framkommer att arbetsterapeuterna upplever att de inte har tillräckliga kunskaper om klientcentrerat arbetssätt.

¹ Redan 1939 beskrivs termen klientcentrerat utövande genom att betona, respekt, aktivt lyssnande och förståelse för klientens förhållande och att möjliggöra för klienten att hitta individuella lösningar. (Rogers, 1939) Under perioden som sedan följde kom det medicinska paradigmet att dominera inom vården

De uttrycker också att arbetsterapeut och klient kan ha olika mål, att deras värderingar hindrade dem ifrån att acceptera klientens mål, samt att de kunde känna en risk med att följa klientens mål.

Enligt Wilkins et al., (2001) studie visade på att svårigheten låg i samarbetet mellan organisation, klient och arbetsterapeut. Inom organisationsområdet låg svårigheten i att få stöd från ledningen samt att arbeta i team som inte tagit till sig klientcentrerat arbetssätt inom kommunal service och på stora vårdenheter. Arbetsterapeuter menade att de var rädda för att klienter och deras familjemedlemmar skulle kräva mer av dem än de kunde klara av. Det tog tid att arbeta klientcentrerat eftersom policy och strukturer hindrade arbetsterapeuter från att arbeta på ett klientcentrerat sätt.

Som möjlighet för att arbeta klientcentrerat prioriterade arbetsterapeuterna att de behöver stöd ifrån ledningen och att det är viktigt med personalsamverkan i klientcentrerat arbete (Wressle & Samuelson, 2004; Sumsion & Smyth, 2000). I studien Wilkins et al. (2001) rangordnades många möjligheter för ett mera klientcentrerat arbetssätt. Bland dem var förändringar i organisationen, strävan att arbeta klientcentrerat, att ge klienterna möjlighet att kontrollera sin situation samt att arbetsterapeuterna måste öka sin kunskap i målförhandling, samarbete och konsultation. Arbetsterapeuterna måste också ge den information som klienten behöver för att kunna delta i ett partnerskap på lika villkor. I en annan studie (Sumsion, 2005) undersökte författaren klienternas upplevelser av delaktighet i behandlingsplanen. En viktig slutsats i den studien var att klienterna önskade att de blev informerade om att de har valmöjligheter och rätt att själva delta i behandlingsplanen.

1. 3 Rehabilitering

Rehabilitering behövs för att behandla människor som på grund av sjukdom eller skada ska kunna återfå bästa möjliga funktions- och aktivitetsförmåga, samt att förbättra förutsättningar för full delaktighet i samhällslivet (Holm & Jansson, 1996; SoS: -rapport 1993:10 s 20). Begreppet rehabilitering används med olika innebörd. Rehabiliteringsmedicin är den gren av medicinen, som fokuserar på patienter med långvariga komplexa funktionshinder. Vanligen är dessa omfattande sjukvårdsinsatser nära samordnad med andra sjukhusverksamheter och primärvårdsinsatser. Interventionen utgår från ett helhetsperspektiv, som beaktar både kroppsliga och psykologiska funktioner och individuell aktivitetsförmåga samt delaktighet i

det sociala livet, hälsa och livskvalitet. (Borg, Gerdle, Grimby & Stilbrant-Sunnerhagen, 2006).

1. 4 Rehabiliteringsteam

När det finns stora och komplexa behov innebär det välplanerade och samordnade insatser av flera professionella kompetenser med åtgärder under längre tid. Det kräver att personalen arbetar i team och att teamet har ett interdisciplinärt arbetssätt, där patienten är en del av teamet. Det finns rehabiliteringsteam på såväl rehabiliteringskliniker och specialavdelningar, på sjukhem och servicehus, i hemmet och i öppen vård. Rehabiliteringsteamet inom vården består vanligen av läkare, sjuksköterska/undersköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, psykolog och i vissa fall logoped och dietist. (Holm & Jansson, 1996)

Åberg (1993) menar att det är endast med en dynamisk människosyn man kan lyckas i en rehabiliteringssituation, där man utgår ifrån samspelet mellan människan, miljön och omgivningen. Genom förbättrad funktionsförmåga och ökat välbefinnande i en miljö som man fått utforma efter eget val, får individen möjligheter att trivas.

1: 5 Individuella mål.

Målformulering startas vanligen genom att personen i behov av rehabilitering med egna ord beskriver hur hans/hennes situation är just nu. En sådan beskrivning kan vara svårt att genomföra beroende på de aktuella problem och resurser som personen upplever. (Borg et al. 2006) Corring & Cook (1999) menar att med ett klientcentrerat arbetssätt ska klienten vara aktiv i uppförandet av sin rehabiliteringsplan. Arbetsterapeuter som arbetar klientcentrerat har respekt för klienten och involverar klienten i beslut som ska tas, samt ser till klientens behov, erfarenhet och kunskap. Terapeutens effekt kan vara stark, men inte för att kontrollera utan för att hjälpa. Terapeuten är en guide och underhandlar medan klientens erfarenheter förstärks (CAOT, 2002).

Utfallet i rehabiliteringen är mycket osäker. Olika faktorer måste vägas in, såsom individuella resurser, resurser på det sociala planet, miljöstödjande faktorer och rehabiliteringens egna organisationer (Borg et al. 2006). Rehabilitering har många beröringspunkter med omvårdnad och social omsorg. För att bedöma vilka rehabiliteringsinsatser som behöver sättas in räcker det inte med att utgå ifrån diagnosen, utan man måste ta hänsyn till vilka konsekvenser

sjukdomen/skadan har för den enskilde individen i hans/hennes sociala sammanhang. (Holm & Jansson, 1996)

Det har blivit angeläget att beskriva målsättningen med rehabilitering ur ett helhetsperspektiv, som också innefattar människans upplevda tillfredsställelse och livskvalitet. En förutsättning för att målet ska uppnås är att individen får möjlighet att bygga upp ett sviktande självförtroende. (Holm & Jansson, 1996) Det förutsätter att de professionella lyssnar och tar in vad de hör och ser genom att arbeta klientcentrerat.

Inom vården diskuteras ofta vad som ska prioriteras och man kan ha olika synsätt inom arbetsgrupper. I studierna (Sumsion & Smyth, 2000; Wilkins et al., 2001; Wressle & Samuelsson, 2004) framkom bl.a. att arbetsterapeuter kunde uppleva problem i organisationen och brist på stöd ifrån ledningen. Inom vård och omsorg handlar det mycket om att samarbeta med kollegor för att och se helheten av individen och därmed bättre förstå klientens behov (Holm & Jansson, 1996).

För att möjliggöra aktivitetsmålen som sätts upp tillsammans med klienten, är det av betydelse att förankra målen med övriga yrkesgrupper i teamet. Det är därför av betydelse att få information om vad övriga professioner i teamet upplever för svårigheter och möjligheter med ett klientcentrerat arbetssätt.

2. Syfte

Syftet är att undersöka vad klientcentrerat arbetssätt innebär för teamet inom hemrehabilitering.

- Vilka svårigheter och möjligheter upplevs med att arbeta klientcentrerat?
- Finns det något de vill förändra för att möjliggöra ett mera klientcentrerat arbetssätt?

3. Metod

3.1 Urvalsförfarande

Studien genomfördes med ett målinriktat urval, vilket innebar personer som uppfyllde de kriterier som på förväg definierats (DePoy & Gitlin, 1999). Personerna som efterfrågades att ingå i studien skulle arbeta i hemrehabiliteringsteam i en kommun. Valet blev två hemrehabiliteringsteam i en medelstor kommun i södra Sverige. I teamet arbetar olika

yrkesgrupper gemensamt för att vårdtagare som efter sjukdom eller skada ska återfå sin aktivitetsförmåga i vardagen. De arbetar med att träna individen i aktivitet och att skapa förutsättningar i miljön. Det kan också innebära bostadsanpassningar och att prova ut hjälpmedel. I teamen ingår ofta arbetsterapeut, undersköterska, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsledare. I övrigt är det vårdtagarens husläkare som kan vara inkopplad. Yrkeskategorier som valdes var dels en undersköterska och dels en arbetsledare från respektive team.

3.1.1 Beskrivning av undersökningsgruppen

De olika professionerna i teamet arbetar gemensamt utifrån klientens mål. Undersköterskorna har tätast kontakt med vårdtagarna, vilket innebär omvårdnadsarbete och att träna vårdtagarna att bli så självständiga som möjligt i sina dagliga aktiviteter där mycket fokus ligger på personlig vård. Arbetsledarna organiserar verksamheten tillsammans med övriga i teamet. Team A är ett större team som sedan ca fem månader tillbaka blivit sammanslaget från tre mindre team. Team B är ett litet team som ska integreras i hemvården om några månader. Arbetsledarna ifrån båda teamen är utbildade arbetsterapeuter, men arbetsuppgifterna skiljer sig något. Det större teamet har ett annat upplägg som innebär att teamet täcker upp ifrån morgon till kväll, vilket kräver en annan organisation. Arbetsledarrollen blir också tydligare i deras verksamhet. I det mindre teamet arbetar de numera dagtid och arbetsledaren är mer ute på fältet med arbetsterapeutiska uppgifter, sköter dokumentation och kontakterna med andra enheter. Undersköterskorna i båda teamen har liknande arbetsuppgifter, men undersköterskan i det större teamet har varierande arbetstider.

I team A utbildade sig arbetsledaren för ca 25 år sedan och var med och startade upp hemrehabteamet för 6 år sedan. Undersköterskan utbildade sig för ca 20 år sedan, och anställdes för ca 3 år sedan. De har båda tidigare erfarenhet ifrån rehabilitering. I team B utbildade sig arbetsledaren sig för ca 4 år sedan och anställdes för 3 år sedan. Undersköterskan utbildade sig för ca 10 år sedan och har tidigare erfarenhet ifrån hemvården. Hon har arbetat i hemrehabteamet allt sedan starten för 3,5 år sedan.

3.2 Metod för insamling av information

Valet blev en kvalitativ datainsamlingsmetod för att få fram en djupare förståelse av personalens upplevelser och tankar kring klientcentrerat arbetssätt i vardagen. Resultatet från kvalitativa undersökningar är specifika för det sammanhang där forskningen utförs. Syftet

med kvalitativa undersökningar är inte att generalisera resultaten från en liten grupp till en större grupp. Kvalitativa forskare använder sina metoder och resultat för att generera teorier och för att avslöja den unika innebörden av mänskliga upplevelser. (DePoy & Gitlin, 1999)

Studien genomfördes med en halvstrukturerad intervju med öppna frågor, vilket innebär att intervjuaren på förhand bestämt vissa frågeområden där det ges utrymme att ställa följdfrågor för att få en nyanserad bild (Dahlberg, 1997). För att stärka validiteten ställdes ibland kontrollfrågor för att inte en felaktig tolkning skulle ske enligt vad Kvale (1997) rekommenderar. Frågorna i studien byggde delvis på innehållet ifrån tidigare studier då arbetsterapeuter blivit intervjuade om klientcentrerat arbete (Sumsion & Smyth, 2000; Sumsion 2005; Wilkins et al., 2001; Wressle & Samuelson 2004).

3.3 Procedur

Efter telefonkontakt med enhetscheferna som var aktuella gavs muntligt svar att de var intresserade av att delta i studien. Efter det skickades skriftlig information och samtyckesblankett till deltagarna och enhetscheferna. Därefter kontaktade enhetscheferna författaren genom mail och telefonsamtal för att boka tid och plats för intervjuerna som genomfördes under vecka 11 och 12. Intervjuerna genomfördes i ett enskilt rum på teamens arbetsplats. För att testa frågorna gjordes en pilotintervju med en kurskamrat. För att bättre kunna följa med i samtalet och ställa följdfrågor användes bandspelare. Inspelningarna innebar goda möjligheter att återge svaren på frågorna på ett korrekt sätt, för att få en så reliabel och trovärdig information som möjligt, (Kvale, 1997).

3.4 Bearbetning av insamlad information

Det inspelade intervjuerna skrevs ner ordagrant i text för att få ett så tillförlitligt och objektivt analysunderlag som möjligt, (Dahlberg, 1997). Av fakta som framkommit av analysunderlaget skapades en uppsättning av kategorier för att få fram de viktigaste aspekterna som matchade frågeställningen i syftet (Ely, 1993). För att markera relevant fakta i rätt kategori användes olika färgpennor. När de fyra intervjuerna markerats efter kategorisering reviderades någon del eftersom den kunde ingå i en annan kategori. Innebörden av vad intervjupersonerna sagt framgick inte på ett tydligt vis i den första framställningen av resultatet, så det var viktigt att skapa nya kategorier. När man skapar kategorier innebär det att man läser, tänker och prövar kategorier försöksvis och ändrar dem till andra som fungerar

bättre (Ely, 1993). Materialet sammanställdes i löpande text efter kategori, hemrehabteam och profession.

3. 5 Etiska överväganden

Tillstånd och ett godkännande om att få utföra studien ansöktes hos Vårdvetenskapliga etiknämnden. Hänsyn togs till respondenternas samtycke genom personligt brev med skriftlig information om studiens syfte och hur datamaterialet skulle samlas in, de gav sitt samtycke till att delta i studien. Respondenterna informerades om att deltagandet var helt frivilligt och att de kunde avbryta när som helst utan att ange orsak eller med några konsekvenser. De informerades även om att resultatet av studien skulle redovisas så att de inte kunde identifieras. De etiska aspekterna som tagits hänsyn till var intervjupersonernas samtycke, konsekvenser och konfidentialitet enligt vad Kvale (1997) beskriver som etiska aspekter vid en kvalitativ studie.

4. Resultat

Intervjuerna i den här studien är ifrån hemrehabteam A och hemrehabteam B. Team A arbetar i ett större hemrehabteam som sedan ca fem månader tillbaka blivit sammanslaget ifrån tre mindre team. Team B är ett mindre hemrehabteam som ska integreras i hemvården om några månader.

Resultatet presenteras i fem kategorier:

- 1. Rädsla för tid och resursbrist**
- 2. Förståelse, information och olika mål**
- 3. Klientcentrerad kunskap**
- 4. Svårigheter med att arbeta klientcentrerat**
- 5. Vad som möjliggör klientcentrerat arbete i deras verksamhet**

4. 1 Rädsla för tid och resursbrist

Ett hinder som framkom från arbetsledaren och undersköterskan i team B som ska integreras i hemvården, var att de var tveksamma om det kommer att finnas resurser och den tid som krävs för att utföra rehabiliterande insatser.

”Inom hemvården kan ett problem vara att personalen är vana att hjälpa till med det som vårdtagaren ber om. När det gäller Rehab så ska vårdtagaren göra det den klarar själv för att bli mer självständig, men om inte tiden finns går det inte att arbeta klientcentrerat”.

Arbetsledarna och undersköterskorna i båda teamen menar också att tiden behövs för att vårdtagarna ska kunna utföra så mycket som möjligt själva. Viktigt är också att det finns möjlighet att träna andra aktiviteter än personlig vård, som t ex att handla mat eller besöka någon förening om det är vårdtagarens målsättning.

Undersköterskan i team A menar att om man inte tar reda på vårdtagarnas aktivitetsförmåga, utan sköter allting åt dem så kan de bli helt passiva och sängliggande. De tappar sin självkänsla mer och mer för allting som man tar ifrån dem.

”Vi har fått in vårdtagare som sköttes sängliggande och alla förflyttningar gjordes med rullstol. Det visade sig att bara man gav den här vårdtagaren tid så klarade den att gå med rollator och vårdbälte och att tvätta sig självständigt.”

Arbetsledarna och undersköterskorna i båda teamen menar att det gäller att vara lyhörd, för att känna av om någon har ont eller hamnat i en svacka eller depression. De möter vårdtagaren i den situationen den befinner sig i. Arbetsledarna och undersköterskorna arbetar efter vad vårdtagarna tycker och ger dem tid så att de klarar mycket själva. Bara en sån sak som att borsta tänderna själv stärker självkänslan.

”Till vårdtagarna brukar jag säga att det finns tre T som man kan lära sig, det är tid, tålmod och träning. Då kommer man långt.”

4. 2 Förståelse, information och olika mål

Arbetsledaren och undersköterskan i team B förklarar att det händer att vårdtagaren frågar efter aktiviteter som att t ex. gå och handla eller åka buss. Då sätter de upp ett sådant mål. Det viktiga är att de ska vara återkommande aktiviteter som inte sker vid enstaka tillfällen. Arbetsledaren i team A förklarar att deras verksamhet lägger mycket fokus på att vårdtagarna ska bli så självständiga som möjligt i sin personliga vård. Men om någon vårdtagare vill prioritera annat aktivitetsmål så gäller det. Undersköterskan i team A förklarar att om vårdtagaren inte kommer någon vart med det uppsatta målet under lång tid, så pratar de igenom målet med vårdtagaren och planerar ibland om det.

” Vi kan komma med förslag då vi märker att vårdragarna sitter mycket ensam, då kan vi slussa dem vidare till träffpunkter. Vissa har ju svårt att hitta de här möjligheterna och vet inte om att de finns. Då underlättar vi deras vardag så att de kan lägga krutet på något som är hälsosammare för dem.”

De måste låta vårdragarna ta ansvar och det är viktigt att informera anhöriga redan ifrån början vad som är tänkt, så att de är med på det. Om det är någon som är lite övermodig så kan de bara försöka att få den att inse sina begränsningar och ge den personen goda råd och tips. Vid något tillfälle när de var tveksamma om vårdragarens lämplighet att köra bil, kunde personen få testa sin lämplighet på särskild instans.

4. 3 Klientcentrerad kunskap

Undersköterskorna menar att den kunskap de har om rehabilitering och klientcentrerat arbetssätt har de lärt sig av arbetslivserfarenhet och inte under sin utbildning. Arbetsledaren i team B menar att klientcentrerat arbetssätt framgick först tydligt i arbetet i kontakten med vårdragarna. Arbetsledaren i team A menar att utbildningen och hela vården fokuserar mycket mera på klientcentrerat arbete idag än för 25 år sedan. Men man poängterade redan då att det var viktigt att lyssna på vårdragarna.

För arbetsledaren och undersköterskan i team A innebär det att vara lyhörd, lyssna på vårdragarna och känna av hur de mår från dag till dag. De kan vara psykiskt nere ibland. Då är det viktigt är att ha samma personal i så stor utsträckning som möjligt för att bygga upp ett förtroende och kontinuitet. Arbetsledaren i Team B menar också att det är mycket psykiskt och att man då behöver ta sig tid och prata med vårdragarna. Undersköterskorna menar att man bygger upp mycket tillsammans med vårdragarna. Man frågar vad de vill uppnå och sätter upp mål tillsammans.

4. 4 Svårigheter med att arbeta klientcentrerat

Arbetsledaren i team A menar att det kan vara svårt att få ihop allt till det bästa eftersom det är mycket ekonomi som styr vården idag. Innan när de vårdplanerade själva ihop med avdelningen på sjukhuset fick de med sig ADL-status i handen. Nu när SVP-teamet ska sköta vårdplaneringen så får de inte längre ta del av det. Den återkopplingen har blivit sämre. Arbetsledaren och undersköterskan i team A menar att vårdragarna kan tolka dem som hemsamariter som bara kommer och hjälper och att det kan ta tid innan de förstår vad som menas med rehabilitering. Hindret som undersköterskan i team A upplevde var att det kunde gå onödigt mycket tid på att ta sig mellan vårdragarna nu när de har kontaktmannaskap. Det

kan bli jätteavstånd. Eftersom undersköterskorna bara har tillgång till en bil, menade hon att de behöver planera det bättre.

Arbetsledaren i team B förklarar att de inte har möjlighet att rehabilitera personer med kognitiva problem, eftersom det handlar om längre tid än 12 veckor. Undersköterskan i teamet upplever inga hinder som det är nu. När de ska integreras i hemvården så tror hon inte att det kommer att mötas av hinder ifrån hemvårdspersonalen. Men om inte tiden kommer att finnas för varje vårdtagare så menar hon att det inte går att arbeta klientcentrerat. Arbetsledaren och undersköterskan i team B tror att det kommer att bli svårare att arbeta klientcentrerat i en större grupp. Som det är nu upplever de att de samarbetar de väldigt bra.

4. 5 Vad som möjliggör klientcentrerat arbete i deras verksamhet

Arbetsledare i team B menar att man kan lägga resurser där det behövs. Eftersom man träffar vårdtagarna i deras hem är det lättare att se vilka aktiviteter de behöver för att klara sig. Båda arbetsledarna uttrycker att det är viktigt med flexibel rehabiliteringsperiod, att de har tid till varje vårdtagare och att kontinuerlig träning ska ske varje dag. Undersköterskan i team B upplever att man arbetar mera efter vad vårdtagarna tycker inom hemrehab än inom hemvården där hon tidigare arbetade. Hon menar att det är så speciellt att vara en grupp som arbetar med rehabilitering hela tiden och som har kunskapen och resurserna.

Arbetsledaren i team B menar också att de har kunskap om rehabilitering och poängterar att de lär sig mycket av varandra hela tiden. Som det är nu fungerar samarbetet väldigt bra. Undersköterskan i teamet menar också att de kompletterar varandra bra och håller sig välinformerade om vårdtagarna. Vikten av att vara välinformerad om vårdtagarna och att minimera antal personal som möter vårdtagarna är genomgående hos alla intervjuade i den här studien. Vårdtagarna behöver då inte heller lägga energi på att berätta allting om och om igen.

Arbetsledaren i team B berättar att de ofta hälsar på vårdtagarna redan på sjukhuset och talar om vilka de är och vad som kommer att hända när de kommer hem. Arbetsledaren tycker att det går snabbt att arbeta i ett litet team och det att de sköter allting runtomkring tycker många vårdtagare och anhöriga är jättebra. De utvärderar målen när de är färdigrehabiliterade, sedan återkommer de med uppföljning tre månader senare för att se att vårdtagarna bibehållit sin aktivitetsförmåga.

Arbetsledaren i team A menar att de ska fokusera på att det är vårdtagarnas behov i centrum och att de ska forma sig runt i kring behoven så att de når målen. Arbetsledaren handleder personalen när teamet dagligen går igenom vårdtagarna och då pratas det mycket om hur de ska bemöta vårdtagarna. Hon menar att handledning behövs, för det är inte så att man kan utbilda undersköterskor i rehabilitering och sen rullar det bara på. För att just hitta det här klientcentrerade arbetssättet så krävs det att man arbetar i team.

”Människor är så olika, och man kan aldrig säga att så här kan man göra generellt. Där känner jag att man aldrig blir fullärd. Man får tänka nytt och tänka flexibelt. Man måste delge varandra information och att man kan olika saker och att kunna erkänna att man är bättre på vissa saker och mindre bra på andra saker”.

Arbetsledaren och undersköterskan i team B berättar att deras team har arbetat tillsammans länge och tycker att de har roligt tillsammans. Ibland umgås de även på fritiden. Båda arbetsledarna menar att det är väldigt viktigt att gruppen samarbetar för att kunna ha ett klientcentrerat synsätt. I team A har arbetsgruppen blivit mycket större sedan fem månader tillbaka, då tre hemrehabteam blev hopslagna. De har tidigare arbetat på lite olika vis och håller på att forma ihop sig. Arbetsledaren har börjat träffa personalen mera enskilt för att få ett annat djup i diskussionerna. Genom att hon får kunskap om personalens upplevelser försöker hon få gruppen att stötta varandra.

”Om man inte kan se varandras olikheter som en styrka i gruppen, så kan man inte heller se vårdtagarnas olikheter som en styrka”

Undersköterskorna i båda teamen upplever att samarbetet fungerar bra och att sjukgymnast och arbetsterapeut litar på deras omdöme. Undersköterskan i team A, som nu arbetar i ett större team än tidigare, menar att det gäller att prata mycket med varandra för att samarbetet ska fungera. Tidigare hade hon kunskap om alla vårdtagarna.

” Vi kan komma med förslag då vi märker att vårdtagarna sitter mycket ensam, då kan vi slussa dem vidare till träffpunkter. Vissa har ju svårt att hitta de här möjligheterna och vet inte om att de finns. Då underlättar vi deras vardag så att de kan lägga krutet på något som är hälsosammare för dem.”

5. Diskussion

Resultatdiskussionen presenteras utifrån samma kategorier som resultatet förutom kategorin svårigheter att arbeta klientcentrerat som här ingår i de övriga kategorierna i diskussionen.

5.1 Resultatdiskussion

För att skapa förutsättningar för individen att återvända hem och där få möjlighet att leva ett så normalt liv som möjligt, så har det i vissa kommuner arbetats fram hemrehabiliteringsteam. Hemrehabilitering är på gång att starta upp i ett flertal kommuner medan den här kommunen startade med hemrehabiliteringsteam för 6 år sedan. Respondenterna i studien har lång erfarenhet av omvårdnad och rehabilitering, de belyser att möjligheterna att rehabiliteras i hemmet är väldigt positivt för vårdtagarna. Nu har kommunen beslutat att integrera hemrehab i hemvården, vilket innebär att all hemvårdspersonal ska utbildas och arbeta utifrån ett rehabiliterande synsätt. Förändringarna som sker inom hemrehab i kommunen speglar resultatet. Samtidigt som personalen arbetar för att få den här förändringen att fungera så finns det en ovisshet om hur det kommer att bli för den enskilde vårdtagaren.

5.1.1 Rädsla för tid och resursbrist

Ett hinder som framkom från arbetsledaren och undersköterskan i team B var, att de var tveksamma om det kommer att finnas resurser och den tid som krävs för att utföra rehabiliterande insatser. Arbetsledaren och undersköterskan i team A menar också att tiden behövs för att vårdtagarna ska kunna utföra så mycket som möjligt själva. Båda hemrehabteamen poängterade starkt, att om inte tiden finns för varje vårdtagare så går det inte att rehabilitera. Arbetsledaren i team B och undersköterskorna menar att det kan vara svårare att arbeta klientcentrerat i större arbetsgrupp bl. a. med att ha kännedom om alla vårdtagare.

I studien av Wilkins et al. (2001) menade arbetsterapeuter att de var rädda för att vårdtagare och anhöriga skulle kräva mer av dem än de kunde klara av, det tar tid att arbeta klientcentrerat eftersom policy och strukturer hindrade. Under praktikperioder upplevde även författaren att policy och strukturer inom olika verksamheter hindrade ett klientcentrerat arbetssätt. Oftast angavs tidsbrist som anledning för att de inte hade möjlighet att arbeta mera klientcentrerat.

5.1.2 Förståelse, information och olika mål

Samtliga intervjuade inom hemrehab förklarar att även om verksamheten har mycket fokus på personlig vård, så har de möjligheter att vara flexibla om vårdtagaren har andra aktivitetsmål. I studien (Sumsion, 2005) framkom det att vårdtagarna önskade bli informerade om att de har valmöjligheter och rätt att själva delta i behandlingsplanen. Corring & Cook (1999) belyser

också att med ett klientcentrerat arbetssätt ska klienten kunna delta i och välja sin rehabiliteringsplan.

Arbetsledaren i team B upplever att det lättare att se vilka aktiviteter vårdtagarna behöver för att klara sig, genom att de träffar vårdtagarna i deras hem. Arbetsledaren och undersköterskan i team A menar att vårdtagarna kan tolka dem som hemsamariter som bara kommer och hjälper, det kan ta tid innan vårdtagarna förstår vad som menas med rehabilitering och rehabiliteringsmål. Om personalen upplever att de inte kommer framåt med det uppsatta målet under lång tid, så kan de planera om målet tillsammans med vårdtagaren.

Undersköterskan i team A förklarar att om någon är övermodig så kan de bara försöka att få personen att inse sina begränsningar och ge goda råd och tips. Vid något tillfälle när de var tveksamma om vårdtagarens lämplighet att köra bil, kunde personen få testa sin lämplighet på särskild instans. Undersköterskan menar att det är viktigt att informera anhöriga så att de är med på vad som är tänkt. Om arbetsterapeuterna i studierna (Wressle & Samuelsson, 2004; Sumsion & Smyth, 2000; Wilkins et al., 2001) såg risker med att följa klientens mål, upplevde de det som ett hinder för att arbeta klientcentrerat. Författaren i den här studien menar att det kan vara en svår balansgång om man upplever risk med att följa vårdtagarens mål, då är det viktigt att diskutera det med övriga i teamet. Att informera anhöriga är också viktigt.

5. 1. 3 Kunskap om klientcentrerat arbete

Hemvårdspersonal som är vana att hjälpa vårdtagarna med det som de ber om, kan få svårt att förändra sitt arbetssätt så att vårdtagarna blir mer självständiga. De båda undersköterskorna i studien menar att viss personal tänker mera rehabilitering och arbetar mera klientcentrerat än andra. Författaren i den här studien upplever att man kan ha olika uppfattningar om vad som är bäst för vårdtagaren. När det gäller rehabilitering så bör man tänka vad som gynnar vårdtagaren på sikt, även om det kan vara jobbigt för vårdtagaren att träna just i stunden. Det är därför av vikt att ha bra kännedom om hur just den vårdtagaren fungerar för att ställa rätt krav vid rätt tillfälle. Det poängterar samtliga av respondenterna genom att förklara vikten av att möta vårdtagarna där de är i rehabiliteringsprocessen, ofta går vårdtagarna igenom en kris och mår dåligt vissa dagar.

I studien av Wilkins et al. (2001) upplever arbetsterapeuterna att det är svårt att arbeta i team som inte har tagit till sig klientcentrerat arbetssätt. En svårighet som framkom i studierna (Wressle & Samuelsson, 2004; Sumsion & Smyth, 2000; Wilkins et al., 2001) var att arbetsterapeuterna inte hade tillräcklig kunskap om klientcentrerat arbetssätt. Arbetsledaren i team A, menar att man dagligen i samband med rapporteringen bör diskutera hur man kan bemöta vårdtagare. Det går inte att säga generellt hur man kan lösa situationer eftersom alla individer är olika och man lär sig hela tiden.

I studien av Wilkins et al. (2001) upplevde arbetsterapeuterna svårigheter i samarbetet mellan organisation, vårdtagare och arbetsterapeut, särskilt inom kommunal service och på stora vårdenheter. Arbetsledaren i team B och undersköterskorna menar att det kan vara svårare att arbeta klientcentrerat i större arbetsgrupper. Författaren kan också känna igen svårigheten i att arbeta klientcentrerat om inte samarbetet fungerar i alla led.

5. 1. 4 Vad som möjliggör klientcentrerat arbete i deras verksamhet

Arbetsledaren i team B menar att de har kunskap om rehabilitering och klientcentrerat arbete, poängterar också att de lär sig mycket av varandra hela tiden. Undersköterskorna menar att den kunskap de har om rehabilitering och klientcentrerat arbetssätt har de lärt sig genom arbetslivserfarenhet. Arbetsledaren i team A menar att de ska fokusera på att det är vårdtagarens behov i centrum och att teamet formar sitt arbete efter det, men handledning behövs hela tiden för ett klientcentrerat arbetssätt.

I studien av Wilkins et al. (2001) belyser arbetsterapeuterna att det tar tid att förändra till klientcentrerat arbete eftersom policy och strukturer hindrar. Det krävs förändringar i organisationen, en strävan av att arbeta klientcentrerat och ge klienterna möjlighet att kontrollera sin situation. Arbetsterapeuterna menar också att de behöver öka sin kunskap vad det gäller målförhandling och konsultation. Enligt respondenterna i den här studien skedde det positiva förändringar för klientcentrerat arbete, när man i kommunen startade igång med hemrehabiliteringsteam för 6 år sedan. Förändringar tar tid och det gäller att de är väl genomtänkta och planerade, nu när det ska omorganiseras igen.

Åberg (1993) beskriver att det endast med en dynamisk människosyn man kan lyckas i en rehabiliteringssituation, där man utgår ifrån samspelet mellan människan, miljön och omgivningen. Klientcentrerade riktlinjer inom arbetsterapin innebär att möjliggöra för

människor att välja, organisera och utföra de aktiviteter de finner meningsfulla i deras miljö. Det syftar även till att ge människor möjligheter att involvera sig i att lösa sina egna problem genom att arbetsterapeuterna lyssnar, uppmuntrar och engagerar sig, och genom guidning och utbildning av klienterna. (CAOT, 2002) I studien av Wilkins et al. Belyser att arbetsterapeuterna ska sträva att arbeta klientcentrerat och att ge vårdtagarna möjlighet att kontrollera sin situation. Författaren i den här studien menar att man måste arbeta för att vårdtagarna ska få insikt av sin situation för att bli delaktig i sin behandlingsplan och därmed ta ansvar.

Att arbeta klientcentrerat innebär för samtliga intervjuade i studien att de ska vara lyhörda för hur vårdtagarna mår, arbeta efter vad vårdtagarna tycker och ge dem tid så att de klarar så mycket som möjligt själva. Vårdtagarna tappar sin självkänsla mer och mer för allting som man tar ifrån dem. De måste låta vårdtagarna ta ansvar och det är viktigt att informera anhöriga. En förutsättning för att målet med rehabiliteringen ska uppnås är att individen får möjlighet att bygga upp ett sviktande självförtroende (Holm & Jansson, 1996). Arbetsledarna och undersköterskorna i studien menade att det är viktigt att de är välinformerade om vårdtagarna och att minimera antal personal som möter vårdtagarna för att bygga upp förtroende och kontinuitet.

Rehabilitering behövs för att människor ska kunna återvinna till bästa möjliga funktions- och aktivitetsförmåga. Goda rehabiliterande resultat leder till ökat självständighet och förbättrade förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet. För att förstå klientens behov och möjliggöra de mål vi sätter upp, handlar det mycket om att samarbeta med kollegor. (Holm & Jansson, 1996) I den här studien uttryckte samtliga av respondenterna vikten av att samarbeta i teamet, för att möjliggöra ett klientcentrerat arbetssätt.

I de tidigare studierna (Wilkins et al., 2001; Wressle & Samuelsson, 2004; Sumsion & Smyth, 2000) i bakgrunden lyftes även här fram vikten av personalsamverkan. Att få stöd ifrån ledningen är en annan förutsättning för klientcentrerat arbete i dessa studier, vilket inte nämndes i intervjuerna med undersköterskorna i hemrehabteamet. Möjligen hade det framkommit som ett hinder om undersköterskorna saknat arbetsledning. Det som arbetsledaren i team A uttryckte var att det är viktigt med handledning i gruppen, för att teamet ska kunna stötta varandra i ett klientcentrerat synsätt.

I bakgrunden beskrivs att rehabilitering utgår ifrån ett helhetsperspektiv som beaktar både kroppsliga och psykologiska funktioner, individuell aktivitetsförmåga samt delaktighet i det sociala livet. När det finns stora och komplexa behov innebär det välplanerade och samordnade insatser av flera professionella kompetenser med åtgärder under längre tid. Det kräver att personalen arbetar i team och att teamet har ett interdisciplinärt arbetssätt, där patienten är en del av teamet. Utfallet i rehabiliteringen är mycket osäker. Olika faktorer måste vägas in, såsom individuella resurser, resurser på det sociala planet, miljöstödjande faktorer och rehabiliteringens egna organisationer. (Borg et al. 2006)

Efter många års arbete i vården inom olika verksamheter och under praktiken på arbetsterapeututbildningen har författaren upplevt stora skillnader i möjligheterna för ett klientcentrerat arbetssätt. När ordentlig arbetsledning saknats eller i princip varit osynlig så gäller det att personalen har stor förmåga i att samarbeta. Risken är annars att man drar åt olika riktningar eftersom man prioriterar olika saker.

”Om man inte kan enas om hur verksamhetsmålen ska struktureras, tar det mycket energi ifrån personalen, då finns risken att man ger upp sina egna förutsättningar för att arbeta klientcentrerat. Det är viktigt att det tydligt framgår hur man praktiskt ska gå till väga för att ett klientcentrerat arbete ska fungera inom en verksamhet”.

5. 2 Metoddiskussion

I studien har det redovisats svar på vilka svårigheter och möjligheter som personalen upplever för ett klientcentrerat arbete. Det har inte varit något externt eller internt bortfall i studien. Det har ändå inte riktigt gått att klargöra något svar på den andra frågeställningen, om det finns något som personalen vill förändra för att möjliggöra ett mera klientcentrerat arbete. När frågan ställdes så framkom endast från team B att de önskat att deras nuvarande verksamhet skulle få fortsätta. Den slutsats som framgick av samtliga i studien var att det fanns goda möjligheter till ett klientcentrerat arbete inom deras verksamhetsområde så som det ser ut idag. Respondenterna upplevde få svårigheter med att arbeta klientcentrerat. Respondenterna i studien var endast fyra personer på grund av studiens tidsbegränsning. Om det gjorts en större studie eller om studien hade inriktat sig på annan verksamhet inom vården med samma frågeställning, så hade troligen resultatet sett annorlunda ut, vilket framkommit i tidigare studier som presenterats i bakgrunden.

Inledningsvis vid intervjutillfället poängterades att det intressanta för studien var att få en dialog om förutsättningarna för klientcentrerat arbete i deras verksamhet. Intervjufrågorna var öppna med följdfrågor för att fördjupa samtalet så att intervjun skulle spegla personliga upplevelser av klientcentrerat arbete inom hemrehab. I en kvalitativ intervju är det enligt Dahlberg (1997) forskarens syfte att utveckla intervjun som en dialog och därigenom förstå den intervjuade genom att be denne att alltmer fördjupa sitt resonemang. Dahlberg (1997) menar också att det är intervjuarens uppgift att ställa sådana frågor och förslag som hjälper intervjupersonen att berätta om sina erfarenheter, upplevelser och att klargöra sina uppfattningar. Kvale (1991) belyser att de data som slutligen är givna för forskaren enbart är en del av den ursprungliga situationen.

5.3 Slutsats

Studien visar på goda förutsättningar för ett klientcentrerat arbete inom hemrehabilitering i den här kommunen i nuvarande form. Det två hemrehabteam som ingick i studien beskriver att de är dimotionerade för rehabilitering. Arbetsledarna och undersköterskorna i studien har arbetat upp goda kunskaper i ett rehabiliterande och klientcentrerat synsätt. De har resurserna som behövs för att nå de individuella mål som sätts upp tillsammans med vårdtagarna och upplever att de har stora möjligheter att arbeta klientcentrerat. De menar också att de har byggt upp ett bra samarbete i teamen, vilket författaren menar är en förutsättning för det här arbetssättet. Svårigheterna som framkommit ligger i osäkerheten i de förändringar som skett och sker i kommunen inom hemrehabilitering. Förändringen innebär att de ska arbeta i större team och integreras med hemvården. Det återstår mycket arbete innan den integrerade rehabiliteringen inom hemvården kan förväntas fungera fullt ut. Författarens uppfattning är att det är positivt att all hemvårdspersonal ska arbeta utifrån ett rehabiliterande synsätt. Men innan man lägger ner eller förändrar en verksamhet borde det undersökas om förändringen leder till det bättre för den enskilde vårdtagaren. En frågeställning som kan vara intressant i sammanhanget är: finns kunskapen, resurserna och möjligheterna på samma vis inom hemvården, som i de hemrehabteam som har ett interdisciplinärt arbetssätt och fokus på rehabilitering.

”Om man inte kan enas om hur verksamhetsmålen ska struktureras, tar det mycket energi ifrån personalen, då finns risken att man ger upp sina egna förutsättningar för att arbeta klientcentrerat. Det är viktigt att det tydligt framgår hur man praktiskt ska gå till väga för att ett klientcentrerat arbete ska fungera inom en verksamhet”.

6. Referenslista

- Borg, J., Gerdle, B., Grimby, G., & Stilbrant-Sunnerhagen, K. (2006). *Rehabiliteringsmedicin Teori och Praktik*. Danmark: Studentlitteratur.
- Canadian Association of Occupational Therapy. (CAOT). (1983). *Department of National Health and Welfare*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Canadian Association of Occupational Therapy. (CAOT). (2002). *Enabling Occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Corring, D., & Cook, J. (1999). Client-centred care means that I am a human being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 71-82.
- Dahlberg, K. (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- DePoy, E., & Gitlin, L. (1999). *Forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Ely, M., (1993). *Kvalitativ forskningsmetodik i praktiken*. Studentlitteratur, Lund.
- Holm, A., & Jansson, M. (1996). *Rehabilitering*, Liber Utbildning AB
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Rogers, C.R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin.
- SoS (1993). *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser, SoS-rapport 1993:10*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sumsion, T., & Smyth, G. (2000). Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 15-21.

Sumsion, T. (2005). Facilitating client-centred practice: Insight from clients. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72, 13-20.

Wilkins, S., Pollock, N., Rochon, S., & Law, M. (2001). Implanting client-centred practice: Why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 70-79.

Wressle, E., & Samuelsson, K. (2004). Barriers and client-centred occupational therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11, 12-16.

Åberg, J. (1993). *Från arbetsplatsrehabilitering till Case Management. Nya metoder, nya samarbetsformer i psykosocial rehabilitering*. Samhall, Klintland 1993.



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Sektionen för arbetsterapi

Till enhetschef för hemrehabiliteringsteamet.

Projekt: Svårigheter och möjligheter att arbeta utifrån ett klientcentrerat arbetssätt inom hemrehabilitering.

Jag är studerande på arbetsterapiutbildningen vid Lunds Universitet, under våren ska jag skriva mitt examensarbete, 10 p.

Syftet med studien är att undersöka vilka svårigheter och möjligheter undersköterskor och arbetsledare inom hemrehabilitering upplever med att arbeta utifrån ett klientcentrerat arbetssätt. Vad det innebär för olika yrkesgrupper i teamet samt om det är något de vill förändra för att möjliggöra ett mera klientcentrerat arbete.

Som metod, en halvstrukturerad intervju med öppna frågor där jag vill få fram personalens upplevelse av klientcentrerat arbete inom hemrehabilitering. Mitt urval är en undersköterska och en arbetsledare från respektive team. Datainsamlingen kommer att ske med ljudupptagning i form av bandspelare.

Jag anhåller om hjälp av dig att förfråga en av varje av ovan nämnd yrkeskategori i arbetsteamet, om de vill delta i en intervju.

Det insamlade materialet skrivs ner i text och det inspelade materialet raderas omgående. Personerna och enheterna behandlas konfidentiellt. Ytterligare ett hemrehabiliteringsteam kommer att ingå i studien. Att delta i studien är givetvis frivilligt, men jag hoppas att två personer från eran enhet har möjlighet att delta. Varje intervju beräknas ta ca 40- 60 minuter, och jag intervjuar under vecka 11-12 på tider som passar eran verksamhet. Jag är tacksam om ni vill meddela svar till mig via mail. Jag kommer därefter att kontakta er och komma överens om tid och plats med personerna som ska intervjuas. (förslag på dagar v.11-12 är 15, 16, 20, 21, 22 eller 23/3)

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig Venita Quist eller till min handledare Dennis Persson.

Med vänlig hälsning Venita Quist

Namn Venita Quist
e-post: venita.qvist.140@student.lu.se
Tfn. 042-246226

Handledare:DennisPersson
e-post: dennis.persson@med.lu.se



Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Vårdvetenskapliga etiknämnden

Till undersökningsperson

Projekt: Svårigheter och möjligheter att arbeta utifrån ett klientcentrerat arbetssätt inom hemrehabilitering.

Jag är student på arbetsterapiutbildningen, Lunds Universitet, som under våren ska skriva mitt examensarbete, 10 p.

Syftet med studien är att undersöka vilka svårigheter och möjligheter undersköterskor och arbetsledare inom hemrehabilitering upplever med att arbeta utifrån ett klientcentrerat arbetssätt. Vad det innebär för olika yrkesgrupper i teamet samt om det är något de vill förändra för att möjliggöra ett mera klientcentrerat arbete.

Intervjun beräknas ta cirka 40-50 min. och genomförs av Venita Quist. Mitt förslag är att intervjun sker i ett enskilt rum i hemrehabiliteringens lokaler. Du kan själv föreslå en tid under v. 11 eller v. 12 om du inte har möjlighet v.11.

Med Din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så **att** ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts kommer materialet att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Om Du vill delta ber jag Dig underteckna talongen och skickar tillbaka den i bifogade svarskuvert inom 1 vecka.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig, eller till min handledare Dennis Persson.

Med vänlig hälsning Venita Quist

Namn Venita Quist
Postadress Tellusg. 79
260 35 Ödåkra
Tel: 042-246226
e-post: venita.qvist.140@student.lu.se
Samtyckesblankett

Handledare Dennis Persson
e-post: dennis.persson@med.lu.se

Jag har tagit del av informationen om studien:.....

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min behandling.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Ort, datum

Underskrift

Telefonnummer

Befattning:
Ålder:.....

Studien jag ska göra handlar om möjligheter att arbeta klientcentrerat / patientcentrerat inom hemrehab. Alltså utifrån vårdtagarens villkor/önskemål, Med ett klientcentrerat synsätt innebär att vårdtagaren själv medverkar aktivt i sin rehabilitering (CAOT, 2002). Det här är ju inte alltid så självklart enkelt även om man har den målsättningen. Det jag är nyfiken på är vilka svårigheter ni upplever och möjliga lösningar för att kunna arbeta klientcentrerat. Jag kommer att ta upp ca: 10 frågor.

Frågor kring anställning

1. Hur länge har du arbetat i hemrehabteamet?
2. Vad innebär det för dig i din yrkesroll att arbeta klientcentrerat/patientcentrerat
3. Tycker du att ni fick tillräcklig kunskap om klientcentrerat arbete och vad det kan innebära i praktiken under din utbildning?
4. Vad fick du för typ av introduktion eller utbildning när du började arbeta inom hemrehabilitering?
5. På vilket sätt diskuterades klientcentrerat arbetssätt under introduktionen?
6. Upplever du att vårdtagarna är delaktiga i aktivitetsmålen som sätts upp?
(hur går de till när målen sätts upp? Diskuterar någon ur teamet med vårdtagaren eller är vårdtagaren med när en rehabplan görs?)
7. Upplever du att det finns goda möjligheter att arbeta utifrån vårdtagarens villkor och önskemål i eran verksamhet?
8. Vad är det i så fall som stödjer dig i det arbetssättet? (ger möjligheter)
9. Vad finns det för orsaker som hindrar dig att arbeta utifrån vårdtagarens önskemål?
10. Kan du se någonting du skulle vilja förändra eller påverka i verksamheten för att bättre kunna tillgodose vårdtagarens önskemål?