



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

Arbetsterapeuten som ansvarig vid samordnad vårdplanering

-Det är positivt när det verkligen funkar

Författare: Anna Jonsson,
Kajsa Jönsson

Handledare: Monika Vestling

April 2010

Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2010-04-19

Arbetsterapeuten som ansvarig vid samordnad vårdplanering

- Det är positivt när det verkligen funkar

Anna Jonsson & Kajsa Jönsson

Abstract

Samordnad vårdplanering [SVPL] är en av de viktigaste delarna i vård- och rehabiliteringsprocessen. SVPL upprättas för klienter som skrivs ut från slutenvård till öppenvård. Enligt lag har den behandlande läkaren övergripande ansvar och närvarande professioner vid vårdplaneringen ska bestämmas av klientens behov av insatser. Arbetsterapeuterna på Ortopediska kliniken SUS/Malmö har ett delegerat ansvar för det praktiska genomförandet av SVPL. Studien syftar till att undersöka de verksamma arbetsterapeuternas upplevelse av att vara ansvarig för SVPL då det finns en önskan om utvärdering från kliniken. För att svara på syftet genomfördes en kvalitativ ansats av semistrukturerad intervju med tio av klinikens arbetsterapeuter. Resultatet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, vilket resulterade i tre huvudkategorier: arbetssätt, lämplig profession och förändring. Resultatet visar att arbetsterapeuterna ser SVPL som en viktig del i vårdkedjan och att arbetsterapeuten bör vara delaktig. Det finns skillnader i hur respondenterna anser att ansvaret bör fördelas och även en önskan om förändringar så att SVPL mera bör utgå från klientens behov. Slutsatsen är dock att arbetsterapeuten bör vara ansvarig för SVPL för klienter med rehabiliteringsbehov. Det krävs dock ökad resurstäthet samt tydligt ledarskap för optimalt vårdplanering utifrån klientens behov.

Nyckelord: Arbetsterapi, SVPL, klientcentrering, rehabiliteringsbehov

Kandidatuppsats
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2010-04-19

Arbetsterapeuten som ansvarig vid samordnad vårdplanering

- Det är positivt när det verkligen funkar

Anna Jonsson & Kajsa Jönsson

Abstract

Patient care planning is one of the most important parts in the care-and rehabilitation process. The process is for clients who are discharged from inpatient care to outpatient care. The doctor has the overall responsibility according to laws and attendant profession is depending on clients needs. Occupational therapists on the Orthopaedic clinic, SUS/ Malmö, have the delegate and practical responsibility for patient care planning. The clinic wishes for an evaluation of the occupational therapist as responsible for this process and this study aims to investigate the occupational therapists experience of being in charge. A qualitative study and semi-structured interview with ten of the clinic's occupational therapists was carried trough. The result was analysed trough qualitative content analysis, which resulted in three main categories: way to work, appropriate profession and change. The result shows that the occupational therapists patient think care planning as an important part of the patient care and that occupational therapists should be a part in the process. The result shows differences in how the respondents think the responsibility should be shared and a desire that patient care planning should enter from the need of clients. The conclusion shows that occupational therapists should be responsible for clients with need of rehabilitation. Optimal patient care planning on the basis of clients needs requires increased recourses and explicit guidance.

Keywords:Occupational therapy, patient care planning, client centering, need of rehabilitation

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

Innehållsförteckning

1	Introduktion.....	1
2	Bakgrund.....	1
2.1	Ortopediska kliniken.....	1
2.1.1	<i>Klienten</i>	1
2.1.2	<i>Arbetsterapi som profession.....</i>	2
2.2	SVPL.....	3
2.2.1	<i>Rutiner vid ortopediska kliniken SUS/Malmö</i>	4
3	Syfte	6
4	Metod	6
4.1	Urval	7
4.1.1	<i>Beskrivning av undersökningsgrupp</i>	7
4.4	Databehandling.....	8
4.5	Etiska överväganden	9
5	Resultat.....	9
5.1	Arbetsätt	10
5.1.1	<i>Flöde.....</i>	11
5.1.2	<i>Administration</i>	12
5.1.3	<i>Arbetsterapeuten ansvarar</i>	13
5.1.4	<i>Helhetsperspektiv</i>	13
5.1.4.1	<i>Klienten</i>	14
5.2	Lämplig profession	15
5.3	Förändring	15
6	Diskussion	17
6.1	Metoddiskussion	17
6.2	Resultatdiskussion	18
7	Konklusion	20
8	Referenser.....	22
Bilaga 1	24

1 Introduktion

Arbetsterapeuterna på Ortopediska kliniken vid Skånes Universitetssjukhus Malmö [SUS/Malmö] är de enda arbetsterapeuterna i landet, som ansvarar för samordnad vårdplanering [SVPL]. Kliniker i landet har delgetts information kring arbetsuppgiften och återgett positiv respons, men inte förändrat arbetssättet, då det saknas evidens kring detta. Arbetsterapeuterna på kliniken anser arbetsuppgiften positiv och önskar att fler kliniker anammar arbetssättet. En önskan finns om utvärdering av och evidens för arbetsterapeutens roll som ansvarig vid SVPL. Vi menar att arbetsterapeuten har en betydande roll i samband med SVPL och anser det intressant att undersöka arbetsterapeutens upplevelse av att vara ansvarig.

2 Bakgrund

Nedan följer en beskrivning av Ortopediska kliniken med dess klienter och olika professioner vid kliniken. Vidare förklaras arbetsterapi som profession och begreppet SVPL. Slutligen beskrivs de lokala rutiner för SVPL vid Ortopediska kliniken SUS/Malmö.

2.1 Ortopediska kliniken

På Ortopeden behandlas klienter i alla åldrar med skador och sjukdomar i rörelseorganen. Till största delen behandlas akuta inläggningar som höft- och knäledsskador, idrottsskador och olycksfall. Kring klienten arbetar ett team av olika yrkesprofessioner: arbetsterapeut, kurator, läkare, sjukgymnast, sjuksköterska och undersköterska (Inger Nilsson, förste arbetsterapeut vid ortopediska kliniken Personlig kommunikation, 2 mars 2010). Tyngdpunkten är ett rehabiliterande förhållningssätt i teamet utifrån klientens personliga vård, boende, arbete/utbildning och fritid (Akademiska Sjukhuset, 2005). Arbetet styrs av hälso- och sjukvårdslagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt socialtjänstlagen (Socialstyrelsen, 2001).

2.1.1 Klienten

Klienten vid Ortopediska kliniken har, som tidigare nämnts, skador och sjukdomar i rörelseorganen. Detta leder till att problematiken hos klienten i den aktuella livssituationen förekommer i de vardagsaktiviteter, som denne önskar utföra inom bland annat personlig vård, arbete och fritid. Även boendet ses som en del av problematiken för klienten. Arbetsterapeutens roll vid ortopediska kliniken syftar framför allt i att bilda en uppfattning om klientens aktuella livssituation i relation till de aktiviteter, som denne önskar utföra. Utprovning av hjälpmedel ingår även i yrkesrollen (Akademiska Sjukhuset, 2005).

2.1.2 Arbetsterapi som profession

Arbetsterapeuten har god kunskap och förståelse för aktivitet, vad människor gör samt relationen mellan vad vi gör och hur vi är som människor (Wilcock, 2006). Grunden i den arbetsterapeutiska professionens synsätt utgår ifrån att människan har ett naturligt behov av aktivitet (Kielhofner, 2008; Yerxa, 1967; Youngstrom & Brown, 2005). Människan är ständigt under en föränderlig process och utvecklas i aktivitet genom ständiga erfarenheter, samtidigt som omgivningen är en källa till möjligheter och utmaningar som begränsar (Wilcock, 2006). Wilcock (1997) menar att aktivitet är betydelsefullt för att varje människa ska kunna använda sina egna individuella förmågor och känna upplevelse av att utföra något. Varje klient har unika förmågor och förutsättningar. Det är viktigt att klienten erbjuds kunskap och resurser, för att kunna utföra och utveckla meningsfulla vardagliga aktiviteter (Kielhofner, 2008).

Enligt den arbetsterapeutiska modellen Canadian Model of Occupational Performance [CMOP] utgår arbetsterapeuten från fyra grundläggande delar: individ, miljö, aktivitet och spiritualitet. Samspelet mellan individ, miljö och aktivitet påverkar aktivitetsutförandet. Spiritualitet, individens inre drivkraft, skapas av livsvillkoren och ger aktiviteten en mening. (CAOT, 1997). Modellens synsätt liknar de teorier och referensramar Kramer & Hinojosa (1999) beskriver som ett holistiskt perspektiv. Enligt Socialstyrelsen (2001) utgår arbetsterapeuten från en helhetssyn av klientens hälsa och livssituation med dennes individuella förutsättningar, behov och önskemål. CMOP är användbar under rehabilitering, för att möjliggöra klientens önskvärda aktiviteter, där dennes drivkraft och önskan är i centrum. Enligt Kramer och Hinojosa (1999) bör sympati och empati ingå i förhållandet mellan klient och arbetsterapeut och då modellen utgår från ett klientcentrerat synsätt är den

lämplig att tillämpa. En god relation till klienten är betydande och av förutsättning för ett klientcentrerat arbete (Fisher, 1998). Klienten bör vara aktivt delaktig under hela rehabiliteringsprocessen (Fisher, 1998; Socialstyrelsen, 2001; CAOT, 1997) från första mötet, utredning, målsättning, behandling till utvärdering (Socialstyrelsen, 2001). Arbetsterapeuten på ortopedkliniken bedömer klientens aktivitetsutförande i framförallt personlig vård (Akademiska Sjukhuset, 2005) och tar även hänsyn till de kontextuella faktorer som inverkar på aktivitetsförmågan, till exempel boendemiljö (Socialstyrelsen, 2001). Bedömningar ligger som underlag för klientens vidare rehabilitering och de insatser som beslutas i samband med SVPL (Rutiner för samordnads vårdplanering, i.d.). Arbetsterapeuten har som uppgift att erbjuda olika alternativ- och behandlingsmetoder, som kan tänkas vara lämpliga för den individuella klienten och sedan fullfölja det som klienten önskar (CAOT, 1997). Individens fysiska, psykiska, sociala och kontextuella aspekter beaktas, vilket leder till ett meningsfullt aktivitetsutförande (Kielhofner, 2008). Professionens grundläggande arbetssätt, som beskrivits ovan, är ett underlag för de beslut som tas under SVPL. På grund av detta är det intressant att vidare ta reda på och utreda arbetsterapeutens roll som ansvarig vid SVPL utifrån ovannämnd beskrivning av profession.

2.2 SVPL- samordnad vårdplanering

SVPL syftar till att tillsammans med klienten, dennes närstående och berörda parter från slutenvård- och öppenvården bedöma och besluta samtliga insatser klienten kan komma att behöva efter utskrivning och vem som ansvarar för vilka insatser (Region Skåne, 2007b).

Förutsättningarna för SVPL styrs och regleras av betalningsansvarslagen (2003:193) och socialstyrelsens föreskrift om samverkan vid in- och utskrivning av klienter i slutenvård (SOSFS 2005:27). Landsting och kommun skall i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering. Rutinerna ska dokumenteras och vara enhetligt utformade inom ett län eller en region (SOSFS 2005:27). Enligt Region Skåne (2007b) är SVPL, med dess rutiner, en av de viktigaste delarna i vård- och rehabiliteringsprocessen. Den skall upprättas för klient som bedöms behöva insatser av kommunens socialtjänst eller öppenvård efter att ha skrivits ut från slutenvård (SOSFS, 2005:27).

Vårdplanering har sitt ursprung från 1980-talets socialtjänstlag, då klientens självbestämmande och integritet för vården i hemmet tycktes betydelsefullt. Individens behov ansågs väsentligt och samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten startade (Socialstyrelsen 1986:1). 1992 genomfördes Ädelreformen, vilket innebar att ansvaret, gällande landstingets långvariga vård och omsorg för äldre och individer med funktionshinder, tillföll kommunen. Genom detta skulle Sveriges ekonomiska resurser tillhandahålla dessa individers valmöjlighet, trygghet och integritet i vård och omsorg (SFS 1990:1404). 1996 utgavs Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, för att öka samarbete vid vårdplanering och begreppet samordnad vårdplanering infördes (SOSFS 1996:32).

Professioner som närvarar vid vårdplanering bestäms utifrån de insatser klienten är i behov av efter utskrivning från slutenvård (SOFS 2005:27). Den behandlande läkaren har det övergripande ansvaret för hela SVPL och ska i samråd med klienten, dennes anhöriga och företrädare för berörda enheter fastställa hur vårdplaneringen ska genomföras (SOSFS, 2005:27). Klientens och närståendes önsknings och behov är av stor betydelse (SOSFS 1996:32) och under vårdplaneringen ska respekt för klientens integritet och värdighet visas (SOFS 2005:27).

2.2.1 Rutiner vid ortopediska kliniken SUS/Malmö

År 2004 ålades arbetsterapeuterna vid Ortopediska kliniken SUS/Malmö delegerat ansvar för det praktiska genomförandet vid SVPL. Anledningen till detta var att det uppstod brist av sjuksköterskor, som tidigare ansvarat för SVPL. Enligt Inger Nilsson, förste arbetsterapeut på kliniken, (personlig kommunikation, 16 april 2010) ansågs arbetsterapeuten bäst lämpad som ansvarig, då det i lagen inte finns någon riktlinje för vilken profession som ska ansvara för processen. Den behandlande läkaren har dock det övergripande ansvaret. Nedan följer en kortfattad beskrivning av klinikens Rutiner för samordnad vårdplanering (i.d.) och hur ansvaret är uppdelat mellan professioner.

1. Inskrivningsmeddelande (ansvar – sjuksköterska)

Inskrivningsmeddelande skickas till kommun/ statsdelsförvaltning [SDF] och vårdcentral [VC] för kännedom om klientens inskrivning på klinik. Detta skickas snarast efter inskrivning om klienten:

- bedöms vara i behov av vårdplanering
- bedöms vara i behov av hjälpmedel
- bor på ett vårdboende
- har hemtjänst sedan tidigare

2:1 Kallelse till vårdplanering (ansvar – arbetsterapeut och sjuksköterska)

Arbetsterapeut skickar meddelande till kommun/SDF i samråd med läkare, sjuksköterska och rehabiliteringspersonal, då klienten är medicinskt stabil. Kliniken meddelas tid för vårdplanering av kommun/SDF, då de enligt lag är skyldiga att påbörja vårdplaneringen inom 24 timmar. Sjuksköterska informerar klient och dennes anhöriga om tid för vårdplanering.

2:2 Kallelse till förenklad vårdplanering (ansvar – arbetsterapeut)

Kallelse till förenklad vårdplanering skickas om klienten:

- planeras tillbaka till ett permanent vårdboende
- är i behov av vissa hjälpmedel
- är i behov av vissa insatser från hemtjänsten
- är i behov av suturtagning eller dosettindelning (sjuksköterska ansvar)

3 Samordnad vårdplan (ansvar – arbetsterapeut)

Vårdplan förbereds och fylls i av arbetsterapeut inför vårdplanering. Ansvarig läkare fyller i sin del och signerar. Avsikten är att arbetsterapeuten alltid närvarar under vårdplaneringsmötet och även en sjuksköterska, om behovet finns. Vårdplan och rehabiliteringsplan skickas till kommun/SDF samt VC efter vårdplaneringsmötet, vilka signerar och skickar tillbaka till kliniken. Detta ska, enligt lag, göras inom 24 timmar efter att vårdplanen erhållits.

Bedömningsunderlag för rehabiliteringsplan (ansvar – arbetsterapeut)

Bedömningsunderlaget fylls i inför vårdplaneringsmöte.

Rehabiliteringsplan (ansvar – kommunens SDF/rehabiliteringspersonal)

Rehabiliteringsplan fylls i under vårdplaneringsmöte och skickas till kommun/SDF och VC tillsammans med vårdplan efter vårdplaneringsmötet.

4:1 Utskrivningsmeddelande (ansvar – sjuksköterska)

Utskrivningsmeddelande skickas till berörda parter när alla underskrifter på vårdplanen erhållits och görs i samråd med läkare dagen innan klienten planeras vara utskrivningsklar.

4:2 Utskrivningsmeddelande (ansvar – sjuksköterska)

Utskrivningsmeddelande till kommun/SDF och VC samma dag som klienten skrivs ut, för att underrätta om att klienten inte längre är inläggande på kliniken (Rutiner för samordnad vårdplanering, i.d.).

Vid Ortopediska kliniken SUS/Malmö har arbetsterapeuten och sjuksköterskan alltså ett delat och omfattande praktiskt ansvar, vilket är ytterst ovanligt. Vilka upplevelser och konsekvenser detta har medfört arbetsterapeutens yrkesutövande har ej tidigare kartlagts, vilket nu är en önskan från kliniken.

3 Syfte

Syftet med studien var att undersöka arbetsterapeutens upplevelse av att vara ansvarig för det praktiska genomförandet vid SVPL.

4 Metod

I metoden redovisas undersökningens utförande samt val av respondenter. Använt tillvägagångssätt för datainsamling och analys av denna förklaras och etiska överväganden klargörs. Detta för att genom trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet, enligt Graneheim och Lundman (2004), säkerställa studiens tillförlitlighet.

4.1 Urval

Studiens författare kontaktade ortopedens förste arbetsterapeut via e-post angående klinikens önskade utvärdering av arbetsterapeutens roll i samband med SVPL. Under möte med förste arbetsterapeut och tre av klinikens verksamma arbetsterapeuter, utbyttes tankar kring frågeställningen. Vid ett andra möte informerades berörda arbetsterapeuter om studiens syfte och metod för datainsamling. Då studien utfördes på uppdrag av kliniken förhörde sig förste arbetsterapeut om respondenternas medgivande och medverkan till studien. Urvalsförförandet valdes med utgångspunkt från DePoy och Gitlins (2009) begrepp målinriktad sampling, vilket innebar ett urval från bestämda kriterier utifrån studiens syfte.

Respondenter valdes enligt följande kriterier:

- klinisk verksam arbetsterapeut vid Ortopediska kliniken SUS/ Malmö
- praktiskt ansvarig vid SVPL

4.1.1 Beskrivning av undersökningsgrupp

Klinikens tolv verksamma arbetsterapeuter uppfyllde inklusionskriterierna och intervju genomfördes med tio av dessa. Det externa bortfallet av två individer utföll på grund av sjukdom. Således bestod urvalsgruppen av tio arbetsterapeuter från Ortopediska kliniken SUS/Malmö. I gruppen ingick nio kvinnor och en man mellan åldrarna 27 och 61, med medianålder på 42,5 år. Respondenterna har varit yrkesverksamma arbetsterapeuter mellan två och ett halvt och 35år. Sju av respondenterna har varit ansvariga för SVPL sedan starten 2004 och de resterande mellan två och fyra år.

4.2 Metod för datainsamling

I studien användes kvalitativ ansats i enlighet med DePoy och Gitlin (2009) samt Malterud (2009), då området var okänt och då urvalsgruppens upplevelse eftersöktes. Studiens datainsamlingsmetod bestod av intervju vilket, enligt Malterud (2009), är lämplig datainsamlingsmetod för kvalitativ ansats. Litteratur angående öppna intervjufrågor söktes och utifrån Hansén och Thor (1997) samt Lantz (1993) och utifrån detta sammanställdes en

semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 1). Datainsamlingsmetoden valdes då denna upplevdes bäst lämpad för datainsamlingen och enligt DePoy och Gitlin (2009) avgränsar datainsamlingsmaterialet. Guiden innehöll kontrollerande frågor för att minska risken för eventuella missförstånd i enlighet med Malterud (2009). Dessa frågor kunde vara ”om jag förstår dig rätt ...”. Intervjuerna utfördes enskilt ansikte mot ansikte i enlighet med DePoy och Gitlin (2009). För att öka studiens tillförlitlighet genomfördes en testintervju (Graneheim & Lundman, 2004) med en av klinikens arbetsterapeuter. Inga förändringar av intervjuguiden genomfördes efter testintervjun.

4.3 Procedur

Studiens pålitlighet beror på, enligt Graneheim och Lundman (2004), hur väl tillvägagångssättet beskrivits och går att upprepa. Intervjuerna utfördes på ortopediska kliniken SUS/Malmö i en, för respondenterna, välkänd och ostörd miljö. Plats för intervju valdes i samråd med klinikens arbetsterapeuter under det andra mötet. Studiens två författare var närvarande under samtliga intervjuer. För att erhålla en liknande metod under intervjuerna var samma person intervjuare respektive observatör. Observatören ansvarade för att observera händelser under intervjun, samt att se till att alla områden i intervjuguiden berördes. Graneheim och Lundman (2004) beskriver betydelsen av att samma intervjuområden berörs för att öka studiens pålitlighet. Uppdelningen medförde att intervjuaren kunde fokusera på intervjun och kompletterande frågor ställdes avslutningsvis av observatören. Intervjuerna ägde rum dagtid fördelat under tre dagar enligt schema, som planerats av klinikens förste arbetsterapeut. Intervjuerna varade mellan 20-50 minuter och spelades in på diktafon. Respondenterna ombads återkomma via e-post eller telefon vid ytterligare relevant information och författarna fick samtligas godkännande att återkomma vid frågor och/eller kompletteringar. Författarna kontaktade en respondent via telefon för utveckling av ett svar, vilket handlade om hur klienten gynnas av att arbetsterapeuten är ansvarig vid SVPL. Anledningen till komplettering var respondenten inte fått chansen att utveckla svaret. Datamaterialet förvarades inlåst och oåtkomligt för oberoende att nå.

4.4 Databehandling

Datamaterialet analyserades enligt Graneheim & Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Databearbetningen inleddes med uppdelning och transkription av datamaterialet. Transkriptionerna lästes enskilt igenom och diskuteras därefter gemensamt. Från transkriptionerna antecknades gemensamt meningsbärande enheter som sedan kondenserades i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). Att vara fler i denna del av process beskrivs av författarna öka studiens trovärdighet. De meningsbärande enheterna samt utvalda delar av transkriptionerna som ansågs lämpliga citat klipptes ut och utgjorde materialet för kategorisering. Urklippen färgmarkerades utifrån varje enskild respondent, då liknande urklipp från samma person upptäcktes och för eventuell identifiering av motsägelse. Urklippen grupperades i huvudkategorier och subkategorier beskrivna under resultatet. Studiens överförbarhet är, enligt Graneheim och Lundman (2004), beroende av väl beskrivna inklusionkriterier, datainsamling, databehandling och ett berikande resultat med citat.

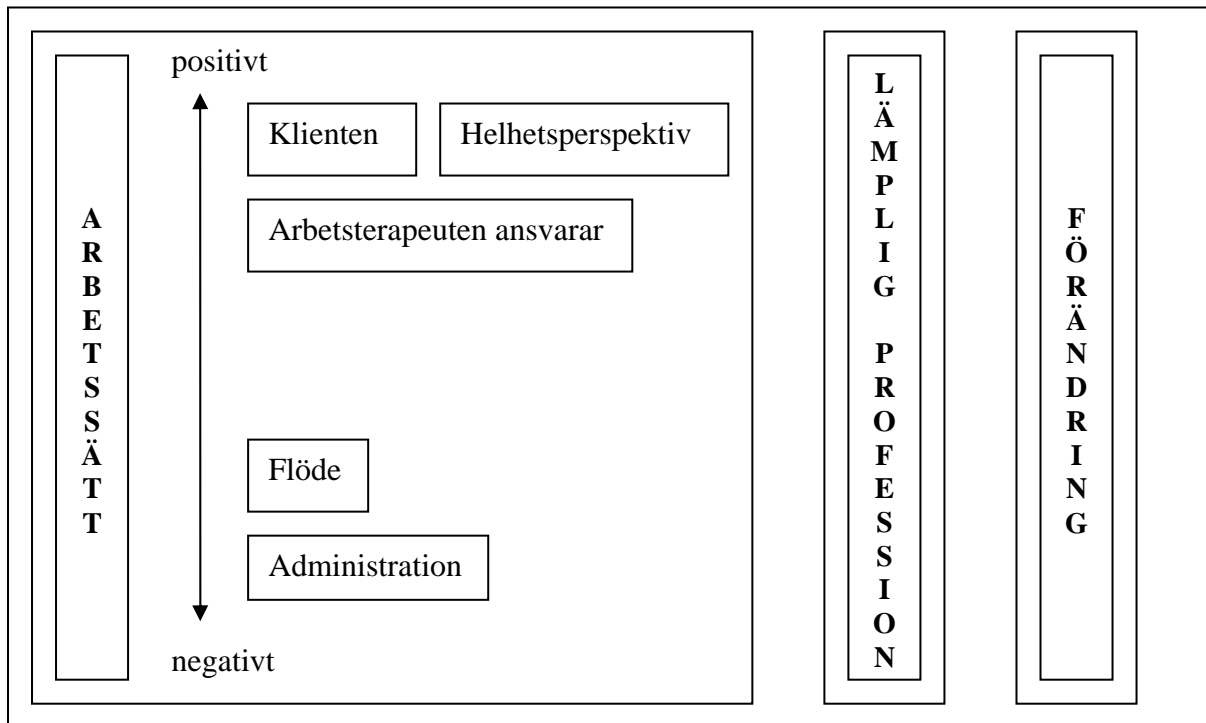
4.5 Etiska överväganden

Studien granskades etiskt av lärare och studenter i samband med ett seminarium under arbetsterapeututbildningen vid Medicinska fakulteten, Lunds universitet. Rådgivning i samband med detta seminarium har beaktats. Tillstånd för studiens genomförande gavs av Ortopediska klinikens verksamhetschef. Respondenterna informerades muntligen och skriftligen, via samtyckesbrev, om studiens syfte och de metoder som skulle komma att användas vid datainsamling. Information gavs av studiens författare kring deltagandets frivillighet och möjlighet att närsomhelst avstå från frågor och/ eller avbryta deltagandet utan påföljd. Respondenterna informerades även att datamaterialet förstörs efter avslutad studie. Författarna hade ingen tidigare relation till respondenterna och hamnade därför inte i någon beroendeställning. På klinikens initiativ och efter respondenternas medgivande anges namn på klinik och sjukhus i studien.

5 Resultat

Respondenterna anser att SVPL är en viktig del i vårdkedjan och att arbetsterapeuten bör vara delaktig i processen. Delaktighet i processen anses viktig då arbetsterapeuten besitter kunskap om människan sett från ett helhetsperspektiv med ett kontinuerligt klientnära arbete.

Majoriteten är positiv till ett delat ansvar mellan professioner. Det finns däremot skillnader om hur de vill att det delade ansvaret bör fördelas. Resultatet nedan visar att respondenterna upplever arbetssättet kring SVPL mestadels positivt, men här finns även en motbild. Nedanstående figur beskriver de framkomna huvudkategorier och subkategorier utifrån SVPL.



Figur 1 SVPL med arbetsterapeut som ansvarig

Figuren skildrar tre huvudkategorier: Arbetsätt, Profession och Förändring. Kategorin Arbetsätt beskrivs med en vertikal linje av positiv och negativ sida utifrån respondenternas resonemang. Subkategorierna Klienten, Helhetsperspektiv och Arbetsterapeuten ansvarar, är placerade mot den positiva sidan och subkategorierna flöde och administration är placerade mot den negativa sidan.

5.1 Arbetsätt

Nedan beskrivs respondenternas upplevelse kring arbetssättet i samband med SVPL kategoriserat i huvudkategorin arbetsätt samt subkategorierna flöde, administration,

arbetsterapeuten ansvarar, helhetsperspektiv och klienten. Kategorin flöde innebär hur arbetssättet genomförs och detta flyter på.

Flertalet respondenter beskriver arbetssättet som roligt och de känner sig delaktiga och efterfrågade på arbetsplatsen. De upplever SVPL som en viktig del i klientens rehabilitering där de menar att arbetsterapeuten har en viktig roll för klienten då de i arbetet har en helhetssyn och kontinuitet, till skillnad från sjuksköterskorna som arbetar i olika tider i så kallat tur- schema.

”Jag ser att man har en stor och viktig roll. Jag ser ganska allvarligt på den, för det är människor det handlar om.”

”För att vi har helheten och för att vi jobbar måndag till fredag. Vi lär känna patienten för att vi har kontinuiteten. Vi vet från ena dagen till den andra vad som är bestämt och vi är delaktiga.”

Majoriteten är positiv till ett delat ansvar mellan professionerna, då det innebär att ansvaret och bördan inte läggs på en och samma person. Någon upplever även att det delade ansvaret leder till en positiv teamkänsla, då kommunikation inom teamet krävs. Någon uttrycker att det är för många inblandade i processen och flertalet påpekar att alla inte utför sin del av arbetet, vilket leder till att arbetsflödet stannar upp. Flertalet anser arbetssättet som stressigt och tidskrävande med mycket pappersarbete, vilket i många fall leder till att den klientnära kontakten drabbas. De arbetsterapeutiska arbetsuppgifterna upplevs bli åsidosatta.

”Den stora nackdelen med att vi har detta ansvaret är att vi inte hinner vara med patienten.”

Någon upplever arbetet enformigt medan en annan upplever det negativt att hela processen inte ålagts arbetsterapeuten. Trots delade meningar och upplevelser av arbetssättet, menar respondenterna att fördelarna med delat ansvar överväger.

5.1.1 Flöde

Arbetsgångens flöde vid SVPL nämns av alla respondenter och beskrivs som en negativ aspekt. Trots att flertalet anser idén om ett delat ansvar positivt, upplever de inte detta som

fungerande i praktiken. Samtliga menar att arbetsterapeuten utför sin del av arbetet, till skillnad från sjuksköterskan. Orsaker till detta anses vara sjuksköterskans stressade situation och ett otydligt ledarskap. Flertalet menar att det saknas en tydlighet i vem som ska göra vad i processen och att det är här rutinen brister.

”Mycket rotation på anställda och otydligt ledarskap. Då kan man inte riktigt begära att det ska fungera heller om det inte är tydligt utifrån.”

Otydligheten medför merarbete för arbetsterapeuten, då de tar sjuksköterskans del och på så sätt hela ansvaret, för att flödet ska fungera. Respondenterna upplever att det skapas irritation på arbetsplatsen, då de uttrycker att de måste ”ha koll” och ”tjata”.

”I början påminde jag, men jag orkade inte mer, så nu gör jag det själv. Det är ett känt problem på avdelningen bland sjuksköterska och avdelningschefer.”

5.1.2 Administration

Samtliga upplever den administrativa delen som negativ, då det är tidskrävande och inte upplevs arbetsterapeutiskt.

”Det är ju egentligen mitt jobb. Och då måste jag springa iväg och fixa detta administrativa för annars blir det ett extra vårddygn och då blir klinikchefen sur. Då känns det... Jag är ju arbetsterapeut. Jag är här för att träna inte för att skicka iväg papper. Och så säger de ”ni är ju så bra på papperen”.”

Det genereras mer administrativt arbete för arbetsterapeuten vid tillfällen då flödet inte fungerar. Respondenterna beskriver att sjuksköterskorna på kliniken är glada över att slippa processen, just för att den till stor del är administrativ. Enligt respondenterna ser övriga yrkeskategorier helst att arbetsterapeuten ansvarar för hela processen, vilket uttrycks bero på tidsbrist för administration.

”Det var en läkare som ... vad var det han kallade oss? ... administratörer typ. Och det är inte riktigt så man vill bli uppfattad när man är arbetsterapeut. Så det tycker jag är riktigt negativt. Men jag tror att om vi blir bättre på att marknadsföra annat vi är bra på så kan det komma bort. Men vi är så snälla och rara och... bara arbetar i det dolda.”

5.1.3 Arbetsterapeuten ansvarar

Respondenterna upplever positiv respons från kommunens berörda parter. De uttrycker att kommunens rehabiliteringspersonal är positiv till att arbetsterapeuter ansvarar för SVPL, då de talar samma språk, är intresserade av klientens aktivitetsförmåga och rapporterar på ett adekvat sätt, vilket ses leda till en trygghet för klienten. Ibland upplevs dock negativ respons från kommunens sjuksköterskor, som saknar den medicinska kunskap från arbetsterapeuten, som sjuksköterskan innehar. Respondenterna menar att det ibland upplevs som att sjuksköterskan vill ha information från en sjuksköterska och arbetsterapeut från en arbetsterapeut, för att riktigt tro på det. Ett fåtal uttrycker det som självklart att informera om det medicinska under vårdplaneringsmötet. Flertalet upplever dock detta negativt, då de uttrycker sig kunskapsmässigt medicinskt begränsade och upplever sig inte ha tid för att inhämta ny kunskap och anser det heller inte relevant för dem.

”Sen är det detta med mediciner, som jag inte tycker att vi är de bästa på. Det gäller att det finns bra kommunikation i teamet. Det känns inte så bra, jag har ju inte den utbildningen.”

Det uttrycks att arbetsterapeuten hamnar mellan kliniken och kommunen, då kliniken kräver klientomsättning och kommunen utnyttjar dagar de har till förfogande innan klienten kan komma hem.

”Ja alltså, nackdelar kanske där också finns och det kan väl också vara att man sitter i ett getingbo mellan vad heter det läkare, övrig personal och kommunen...”

5.1.4 Helhetsperspektiv

Respondenterna nämner att de har en helhetssyn i arbetet till skillnad från andra yrkesprofessioner. De förklarar att denna syn innefattar klientens individuella situation med hur den varit, hur den är i dagsläget och hur den kan komma att bli.

”Det handlar inte bara om lilla Agda, utan Agda som har fungerat innan.”

Respondenterna menar att även miljön är en viktig del, vilken påverkar klientens aktivitetsutförande i det dagliga livet.

”Man har en helhetsbild av vilket rehabiliteringsbehov patienten har och hur patienten ska klara sig i det dagliga livet.”

Respondenterna upplever att de bedömer klientens aktivitetsförmåga i förhållande till miljön, att de ”tänker ett steg längre”. Någon uttrycker att arbetsterapeuten parallellt med helhetssynen även kan bedöma klienten och miljön på mikronivå.

”Man kan se hur den delen fungerar och omsätta den hur det kommer att fungera i hemmet sen.”

5.1.4.1 Klienten

Respondenterna upplever att klienten gynnas på grund av att arbetsterapeuten ansvarar för SVPL. De menar att det finns tid för klienten på avdelningen och kontinuerlig kontakt skapas under vårdtiden. Det kontinuerliga arbetet skapar även förutsättningar för arbetsterapeuten att kunna bedöma förändringar av klientens status över tid. Arbetsterapeuten och klienten lär känna varandra och god relation kan skapas, vilket, enligt arbetsterapeuten, gynnar klienten. De beskriver att detta är en god förutsättning för att generera trygghet och stöd för klienten samt att en bra genomförd vårdplanering utförs. Några beskriver att många klienter är uppstressade och oroliga inför vårdplaneringsmötet och har uttryckt en lättnad över att arbetsterapeuten, som är ett känt ansikte för dem, ska närvara. Arbetsterapeuten arbetar dagtid vardagar, vilket medför kontinuerlig kontakt med klienten och upplevs leda till trygghet för denne. Klienter har, enligt respondenter, uttryckt:

”Det är så skönt, för jag vet att du är här måndag till fredag.”

Respondenterna upplever även att klientens anhöriga gynnas, då de skapat en relation till arbetsterapeuten och fått information, vilket upplevs positivt och tryggt för dem. Respondenterna upplever att de har klientens förtroende, vilket de menar är betydande för att denne ska känna trygghet inför utskrivning och i hemmet.

”För de flesta tror jag att de är trygga med det, för att vi har ägnat dem så mycket tid under våra bedömningar. De är rätt tacksamma när vi kommer för vi är de som har mest tid och tar oss tid och frågar vem de är och hur de funkar och det är vi som har pratat med anhöriga.”

5.2 Lämplig profession

Respondenterna uttrycker att samtliga yrkeskategorier bör vara delaktiga i processen, speciellt under vårdplaneringsmötet, då detta är en viktig del för klienten. De är dock överens om att detta är en utopi, som kräver mera resurser eller ökad personaltäthet.

”Enligt lag ska alla yrkeskategorier vara med, men det är en utopi. Det finns inte resurser för det.”

Samtliga respondenter menar att arbetsterapeuten är bäst lämpad som ansvarig för SVPL på kliniker där klienten är i behov av rehabilitering. De uttrycker att arbetsterapeuten har aktivitetsfokus, vilket inte anses finnas hos någon annan profession. Respondenterna menar att fokus på klientens vardagliga aktiviteter och i den miljö de utförs är värdefull i processen. Respondenterna anser däremot att sjuksköterskan bör vara ansvarig för inskrivning på grund av att de är på plats dygnet runt. De är även eniga om att ansvaret inte bör åläggas arbetsterapeuten på kliniker med stort medicin- och/eller vårdbehov.

”Beroende på patientens medicinska status och rehabbehov och utifrån det skulle det bestämmas vem som ska hålla i det. Men alla skulle vara delaktiga.”

5.3 Förändring

Samtliga respondenter vill förändra arbetsprocessen vid SVPL. Det finns dock delade meningar om hur detta ska genomföras. Rutinerna kring SVPL styrs av lagar och förordningar vilket begränsar möjligheten av förändringar, vilket respondenterna är medvetna om.

”Det är inte svart eller vitt detta, det är gråskalor. Det är svårt att få något helt optimalt.”

Flertalet menar att det finns möjlighet för förändringar på kliniken, men att det krävs stöd, förståelse och tydlighet från avdelnings- och klinikcheferna. Även att ökad resurstäthet krävs, för att detta ska kunna fullbordas. Flertalet saknar tydlighet från cheferna om vem som ska genomföra vad i processen, vilket leder till att flödet inte fungerar optimalt.

”En tydlighet från ledarskapet måste finnas.”

Majoriteten uttrycker att de vill förändra arbetssättet, genom att ansvaret delas mellan yrkeskategorierna utifrån klientens förmågor och behov. Några uttrycker det väsentligt att arbeta gemensamt för klientens önskan. Ansvaret ska då delas upp genom diskussion och bra samspel vid ronderna.

”Jag tycker man ska ha ett delat ansvar beroende på vad det är för patient och vad den har för behov och förmåga och så.”

Genom detta skapas tid och möjlighet för arbetsterapeuten att ägna sig åt klienten eller fördjupning inom arbetsterapi.

”Det känns slöseri av min tid ibland att sitta med på vissa vårdplaneringar där jag inte kan göra något när jag har patienter som behöver mina insatser mer på avdelningen.”

Några vill att arbetsterapeuten ska ansvara för hela processen, då det anses positivt för flödet då de slipper ”ha koll” och ”tjata” på andra ansvariga.

”På ett sätt hade det varit bättre med hela proceduren. För då hade jag vetat vad som blir gjort. Det hade varit intressant att prova en tid.”

Om processen bibehålls som idag, önskas ett synligare aktivt deltagande från övriga yrkesprofessioner, samtidigt som någon kan tänka sig att utesluta sjuksköterskan helt och hållet.

”Jag skulle vilja jobba mer nära patienten i aktivitet och ha mer patientnära kontakt.”

6 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Utifrån klinikens önskan om utvärdering av arbetsterapeutens ansvar vid SVPL bestämdes studiens syfte och ansats. Flertalet förslag till studiens frågeställningar uppkom under första mötet med arbetsterapeuterna och därefter bestämdes syftet och begränsades på grund av studiens omfattning. Intervju valdes som metod för insamling av data för att fånga respondenternas upplevelse, utan att de kan ha påverkat varandra vilket kunde ha skett i fokusgrupper. Enkätundersökning upplevs inte heller kunna fånga klientens upplevelse då enkäten enligt Malterud (2009) begränsas av dess statiska frågor. Att en och samma person var intervjuare respektive observatör medförde att respondenterna påverkades så lika möjligt vad gäller kroppsspråk och uttryck. Vi upplever att detta lett till lika förutsättningar för alla. Ett alternativ till uppdelningen hade varit att skifta intervjuare respektive observatör för möjlig variation av frågor och därigenom ett bredare resultat. Vi upplevde det första alternativet mest lämpligt och genom observatörens avslutande frågor förtydligades och kompletterades svaren. Att båda författarna var närvarande under intervjuerna kan ha medfört en upplevelse av maktobalans av respondenterna, vilket kan ha påverkat resultatets bredd. Vi upplevde att någon gav korta och snabba svar och ville avsluta intervjun så fort som möjligt. Vi vet dock inte om detta kan ha berott på maktobalans eller om respondenterna av annan anledning inte velat utveckla sina svar.

Enligt Malterud (2009) finns risk för missförstånd under intervjuer, vilket författarna tagit hänsyn till i form av kontrollerande frågor samt bådads närvaro under intervjun. De kontrollerande frågorna anses i efterhand kunnat användas i större utsträckning för ytterligare giltighet. Fördelen med bådads närvaro under intervjun var att intervjuaren kunde fokusera på intervjun och slippa antecknandet, vilket författarna upplevde leda till mer avslappnad stämning. Då det inte fanns standardiserad intervjuguide, som svarade till syftet, konstruerades en sådan. Intervjuguiden har inte testats om den är valid, men efter testintervjun upplevdes den svara på syftet och inga förändringar gjordes.

Att respondenternas svar ej utgjorde motsägelser kan enligt oss tyda på att de var fokuserade och väl medvetna om vad de talar om. Val av lokal för intervju upplevdes positiv

då intervjuerna genomfördes i en välkänd miljö. Då det inte gick att följa planen att använda samma lokal för intervjuerna upplevdes detta ibland stressigt och obekvämt, vilket vi anser kan ha påverkat respondenterna, vilket är att beakta till kommande studier. Ett fåtal respondenter kommenterade bandinspelning av intervjun och upplevde detta obekvämt, men var medvetna om att denna var av vikt för ett gott resultat. Vi menar dock att detta även kan ha påverkat resultatet, att respondenternas öppenhet påverkats. Fördelningen av intervjuerna skulle enligt oss idag göras annorlunda. Vi skulle ha förlängt intervjuerna med en dags mellanrum för att få distans till intervjuandet, då det kändes enformigt för oss som intervjuare, vilket kan ha påverkat resultatet på så sätt att vi inte varit lika alerta under de sista intervjuerna. Detta kan ha medfört att vissa följdfrågor kan ha missats och att resultatets djup inte framkommit. Inklusionskriterierna var på grund av klinikens önskan om utvärdering inte möjliga att ändra. Att samtliga arbetsterapeuter på kliniken uppfyllde inklusionskriterierna gav största möjliga urvalsspridning. Att respondenterna var utsedda och tillfrågade, medförde mindre arbete för att finna intresserade och lämpliga respondenter. En redan utsedd urvalsgrupp medförde att spridning av ålder, kön och erfarenhet som arbetsterapeut begränsades. På grund av syftet begränsades urvalsgruppen och spridningen bortsett från det externa bortfallet. Det externa bortfallet upplevdes inte vara avgörande för studiens resultat då det efter de tio genomförda intervjuerna fanns ett resultat med gemensamma nämnare, men även olikheter som ansågs bidra till ett fullständigt resultat.

6.2 Resultatdiskussion

Resultatet visar att samtliga arbetsterapeuter upplever att de har en betydande roll i samband med SVPL och att arbetsterapeuten bör vara processens ansvarige, då klienten är i behov av rehabilitering. Resultatet överensstämmer med Region Skånes anvisningar (2007b) om att SVPL är en av de viktigaste delarna i vård- och rehabiliteringsprocessen. Enligt resultatet upplever arbetsterapeuterna att både de och klienten är delaktiga i samband med SVPL, som en fullföljd process från början till slut. Detta överensstämmer med Fishers (1998) rekommendation om en välgående arbetsprocess för klientens bästa och styrks även av Socialstyrelsen (2001) och CAOT (2002) om klientens aktiva deltagande. Resultatet visar även att klientens behov bör styra val av närvarande profession, vilket överensstämmer med lagen om SVPL (SOSFS 2005:27). Detta överensstämmer dock inte med klinikens verkliga utförande av SVPL (Rutiner för samordnad vårdplanering, i.d.), där alla professioner inte

närvarar, trots att flertalet professioner är verksamma på kliniken i arbete med klienten. Detta skulle enligt oss kunna leda till att klienten inte får de bäst lämpade insatserna om klinikens ansvarige under vårdplaneringstillfället inte kan redogöra för klientens status på ett adekvat sätt. Respondenterna upplever att de inte är tillräckligt medicinskt kompetenta, vilket leder till att klientens behov av resurser inte kan tillgodoses som den bör enligt rådande lagstiftning (SOSFS 2005:27).

Resultatet visar en upplevelse av ett klientcentrerat och kontinuerligt arbete med tid för klienten. Det klientcentrerade arbetssättet överensstämmer med Fishers (1998) beskrivning av en delaktig klient under hela arbetsprocessen och styrks även av CAOT (1997) om ett klientcentrerat arbete. Genom beaktande av klientens kontextuella faktorer (CAOT, 1997; Kielhofner, 2002) belyser resultatet arbetsterapeutens kunskap och förståelse för detta och på så vis upplevs att adekvat målsättning inför hemgång utförs med lämpliga insatser. Resultatet visar även att arbetsterapeuten anser sig arbeta utifrån ett helhetsperspektiv, likt det som beskrivs av Kramer & Hinojosa (1999). Det kan även liknas vid modellbeskrivning CMOP av CAOT (1997) där individen och dess grundläggande delar tas i beaktande. Trots klientcentrerat arbete utifrån helhetsperspektiv brister arbetsterapeutens medicinska kunskap, vilket tydligt framkommer i resultatet. Är då detta arbetssätt med arbetsterapeuten som ansvarig för SVPL optimalt för klienten? Klienter vid Ortopediska kliniken är i behov av medicinsk omvårdnad lika väl som rehabilitering. Vi ifrågasätter därför lämpligheten i att arbetsterapeuten har ett eget ansvar för SVPL, eftersom det enligt vår uppfattning inte tar klientens hela grundläggande behov i beaktning. Det vill säga, är klienten i behov av medicinering för att ett välbefinnande ska infinna sig är detta grunden och det centrala för klienten. Här kommer rehabilitering i form av aktivitet i andra hand enligt oss. Den fulla medicinska kompetensen finns således inte för närvarande vid SVPL. Å andra sidan kan en SVPL med arbetsterapeuten som ansvarig leda till att klienten i en mycket större utsträckning erbjuds resurser för att få en meningsfull och aktivitetsfylld vardag, med livskvalitet i fokus, där klientens önskan och drivkraft tas i beaktning. Detta överensstämmer med CAOT (1997) och Kielhofner (2008), vilka också poängterar en holistisk och klientcentrerad rehabiliteringsprocess.

Klinikens lokala rutiner framställer ett delat ansvar, vilket i resultatet beskrivs med skilda upplevelser. Rutinen upplevs tidskrävande och administrativ, vilket leder till att de arbetsterapeutiska uppgifterna åsidosätts, vilket ifrågasätts av respondenterna. Är det

arbetsterapeutens uppgift? Detta styrks med SOSFS (2005:27) beslut om SVPL. Intressant är att resultatet även visar en upplevelse av att vara ensam ansvarig profession för processen, trots att rutinbeskrivningen visar på delat ansvar (Rutiner för samordnad vårdplanering, i.d.). Diskussionen kring den delade upplevelsen är, enligt oss, intressant då vi anser det kan finnas olika anledningar detta kan bero på. Arbetsterapeuten beskriver upplevelser som a) otydlighet från chef och b) stopp i arbetsflödet som anledningar, vilket i sin tur leder till att de tar på sig arbete som inte är delegerat. Detta menar respondenterna skulle kunna leda till att tid läggs på att utföra delar i rutinbeskrivningen som de inte är delegerade till, istället för att spendera tid tillsammans med klienter i rehabiliteringssyfte. Just otydligheten från ledarskapet anser vi vara den främsta anledningen till att det blir stopp i arbetsflödet och att ansvarsfördelningen blir otydlig. Enligt oss är ett tydligt ledarskap grundstommen för en välfungerande process kring samordnad vårdplanering.

Resultatet visar att respondenterna upplever positiv respons från klienter och andra professioner av att de är ansvariga för SVPL. Vi ifrågasätter dock om detta beror på deras lämplighet av att vara ansvariga eller om det faktiskt kan vara så att ingen annan profession ges tid eller har avsatta resurser för SVPL? En anledning till den positiva responsen är enligt respondenterna hur kommunens representanter uttrycker att den ansvarige arbetsterapeuten ser klienten på ett adekvat och trygghetsgivande sätt, vilket underlättar samarbetet mellan kommun och landsting, som också är en av grundtankarna i ädelreformen (SFS 1990:1404). Detta finner vi viktigt och gynnande för klienten, då denne får en passande rehabiliteringsinsats i hemmet. Vi anser även att klienten gynnas av att en och samma vårdgivare arbetar med klienten under hela processen. Detta medför, enligt oss, en kontinuitet samt att god relation mellan klient och vårdgivare kan skapas vilket ökar möjlighet för att ett ömsesidigt förtroende infinner sig och trygghet uppstår.

Resultatet visar att förändringar kring arbetssättet önskas av respondenterna. Detta i form av att klientens förutsättningar, behov och önskningar ska styra val av ansvarig profession vid SVPL eller att ansvaret helt ska åläggas arbetsterapeuten. Med vårdens ekonomiska förutsättningar och resursfördelning förblir klientcentrerat arbete en utopi, ett önsketänkande.

7 Konklusion

Med studien har vi undersökt ett angeläget och outforskat arbetsterapeutiskt område. SVPL är en av de viktigaste delarna i vård- och rehabiliteringsprocessen där arbetsterapeuten bör vara delaktig. Detta på grund av ett arbetssätt utifrån ett helhetsperspektiv och klientfokus. En fungerande vardag tas i beaktande genom arbetsterapeutens kunskap och därmed anses att ansvarig för SVPL bör utgå från klientens förutsättning, behov och önskning. Vi hoppas att studien medför ett synliggörande för arbetsterapeuten som delaktig i SVPL och som en självklar länk i rehabiliteringsprocessen. Vi hoppas även att studien medför ett kartläggande stöd för klinikens vidare samarbete med andra kliniker då rehabiliteringsbehovet är stor. Vi ser det intressant att lyfta fram och studera vidare inom området utifrån de frågeställningar som uppkommit. Exempel på dessa är: ”hur upplever kommunens berörda parter arbetsterapeutens ansvar” och ”att jämföra SVPL vid ortopedklinikerna Lund och Malmö”.

8 Referenser

Akademiska Sjukhuset. (2005). *Metodbok i arbetsterapi för ortopedi*. Uppsala: Arbetsterapiavdelningen, Akademiska sjukhuset.

CAOT (Canadian Association of Occupational Therapists). (1997). *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

DePoy, E., & Gitlin, L. N. (1999). *Forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Fisher, A. G., & Nyman, A. (2007). *OTIPM: En modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*. (FOU rapport 2007). Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Kielhofner, G. (2008) *A model of Human Occupation. Theory and application* (4th ed.). Baltimore: Wilkins & Williams

Kramer, P., & Hinojosa, J. (1999). *Frames of reference for pediatric occupational therapy* (2nd ed.). New York: Williams & Wilkins.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur. Månsson,

A.-L. (2005). *Ortopediska kliniken, Skånes universitetssjukhus i Malmö*. Hämtad 15 april, 2010, från <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=31006>

Region Skåne. (2007a). *Rutiner för samordnad vårdplanering –förslag till beslut*. Hämtad 15 april, 2010, från http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Skaneportalen-extern/PolitikPaverkan/Sammantraden/Sektor_vard_och_halsa/Halso-_och_sjukvardsnamnden/Foredragningslista/HSN.070115.A9.pdf

Region Skåne. (2007b). *Samordnad vårdplanering – Rutiner vid samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och region Skåne*.

Rutiner för samordnad vårdplanering. (i.d.).

SFS 1990:1404, Om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen. (1986:1). *Socialstyrelsens allmänna råd. Samordnad äldreomsorg. Boende service vård*. Stockholm: Liber kundtjänst.

Socialstyrelsen. (2001). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Ale Tryckteam AB: Bohus.

SOSFS 2005:27, Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

Wilcock, A. (2006). *An Occupational perspective of health* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack.

Yerxa, E. J. (1967). The 1996 Eleanor Clarke Slagle Lecture: Autentic Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 21, 1–9.

Youngstrom , M. J., & Brown, C. (2005). Categories and Principles of Interventions. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well- Being* (3rd ed., pp. 397-420). Thorofare, NJ: Slack Inc.

Bilaga 1

Intervjuguide

Bilaga 1

Ålder _____

Kön _____

- **Hur länge har du varit yrkesverksam som arbetsterapeut?**
- **Hur länge har du varit ansvarig för samordnad vårdplanering på ortopediska kliniken i Malmö?**
- **Hur många samordnade vårdplaneringar har du ansvar för varje vecka? (genomsnitt)**
- **Hur upplever du ansvaret kring samordnad vårdplanering?**
Fördelar?
Nackdelar?
Vill du utveckla det vidare?
Hur tänker du då?
- **Vem bör, enligt dig, ha ansvaret för samordnad vårdplanering?**
Hur tänker du då?
Vill du utveckla det vidare?
Praktiska ansvaret?
- **Vilka insatser utför du i samband med samordnad vårdplanering?**
- arbetsprocessens olika steg
Hur ser du på dina insatser?
Positivt?
Negativt?
Förändring?
- **Har du upplevt/ upplever du reaktioner från andra yrkesgrupper vid samordnad vårdplanering?**
Hela processen
Isåfall, hur?
Positivt?
Negativt?
Klienten?
- **Enligt klinikens rutiner vid samordnad vårdplanering har arbetsterapeuten och sjuksköterskan ett delat ansvar. Hur upplever du detta?**
För de olika stegen i arbetsprocessen ansvarar olika yrkesgrupper.
Fördelningen mellan arbetsterapeuten och sjukgymnasten.
Positivt?
Negativt?
Hur skulle du vilja att det var?

- **Finns det något du skulle vilja förändra i arbetssättet när det gäller samordnad vårdplanering?**

Isåfall, vad?

Hur menar du då?

Hur skulle du vilja att det var?

- **Är det något du vill tillägga eller är det något du tycker att vi glömt?**

- 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?

- Om jag förstår dig rätt...