LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper
Arbetsterapeutprogrammet

Examensarbete på kandidatnivå 15 hp

Hösten 2018

Kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter av lagen om samverkan vid utskrivning

- en kvalitativ intervjustudie

Författare: Rebecca Augustsson & Rebecka Mansouri

Handledare: Maya Kylén

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

Box 157, 221 00 LUND

Tack!

Ett stort tack till vår engagerade handledare Maya Kylén som varit ett stort stöd och hjälpt oss att utvecklas under studiens gång!

Vi vill även tacka alla deltagare som intervjuats, utan er hade studien inte kunnat utföras.

Kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter av lagen om samverkan vid utskrivning

– En kvalitativ intervjustudie

Författare: Rebecca Augustsson & Rebecka Mansouri

Handledare: Maya Kylén

Examensarbete på kandidatnivå

Hösten 2018

Abstrakt

Bakgrund: Den 1 januari 2018 trädde en ny lag i kraft som förkortar vårdtiden i slutenvården och låter patienten rehabiliteras i sin hemmiljö. Patientnära vård och rätt resurser är en förutsättning för att detta ska fungera. I nuläget saknas det dock forskning som undersöker den nya lagen och hur den påverkar kommunanställda arbetsterapeuters arbetssituation.
Syfte: Att undersöka kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter gällande den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och dess konsekvenser för deras arbetssituation.
Metod: En kvalitativ design valdes. Data insamlades genom åtta semistrukturerade intervjuer med kommunanställda arbetsterapeuter. Insamlad data analyserades med hjälp av en innehållsanalys.
Resultat: Lagen leder till svårigheter att möta hjälpmedelsbehovet då tillgången till hjälpmedel är begränsad. Arbetsterapeuterna beskriver att snabbare hemgång innefattar många svårigheter, där patienten är den som blir drabbad. Brister i kommunikation, pressade arbetsförhållande och bristande resurser är betydande faktorer som spelar in. Lagen upplevs även motarbeta patienternas delaktighet i vården.
Slutsats: Bättre förutsättningar för de kommunanställda arbetsterapeuterna och tätare kommunikation mellan vårdinstanserna antas leda till säkrare hemgångar, där patienten kan vara delaktig i sin vård. Fler studier inom området behövs dock göras.

Nyckelord

Arbetsterapi, lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, hjälpmedel, klientcentrering, patientsäkerhet, delaktighet

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Arbetsterapeutprogrammet

Box 157, 221 00 LUND

The experiences of community occupational therapists in regards to the new law

- A qualitative interview study

Author/s: Rebecca Augustsson & Rebecka Mansouri

Supervisor: Maya Kylén

Bachelor thesis

Autumn 2018

Abstract

Background: A new law was passed on January 1, 2018 reducing inpatient care in favor of home-based rehabilitation. Implementation of this law requires a correct allocation of resources and close contact with patients. However, there is a lack of research exploring the impact of the new law on community occupational therapists work situation.
Purpose: To examine how community occupational therapists perceive and experience the new law in relation to discharge of patients from inpatient rehabilitation and its effect on their work situation.
Method: A qualitative design was employed and data was collected through semi-structured interviews with eight community occupational therapists. Data was analyzed with a content analysis.
Results: The new law impedes the ability to provide assistive devices due to limited availability and access. The community occupational therapist describes that faster discharges from hospital involves many difficulties. Lack of communication, harder working conditions and a lack of resources are important factors that matters. The new law also appears to discourage patient participation.
Conclusion: Better working conditions and increased communication between health authorities presumably leads to safer discharges from hospital where the patient may actively be involved in their care. However, more studies in this field are required.

Keywords

Occupational therapy, Law on cooperation at discharge from inpatient care, assistive devices, client-focused, patient safety, participation.

Lund University

Faculty of Medicin

Occupational Therapy Programme

Box 157, S-221 00 LUND

Innehållsförteckning

1 Inledning ... 1
2 Bakgrund ... 1
2.1 Arbetsterapi ... 2
2.2 Lagar och författningar ... 3
2.3 Tidig koordinerad utskrivning och rehabilitering ... 6
3 Syfte ... 6
4 Metod ... 7
4.1 Design ... 7
4.2 Rekrytering och urval ... 7
4.3 Datainsamling ... 9
4.4 Dataanalys ... 10
5 Forskningsetiska överväganden ... 11
6 Resultat ... 12
6.1 Ett förändrat arbetsförhållande för kommunanställda arbetsterapeuter och deras arbetssituation ... 13
6.1.1 Stress, en konsekvens av hårdare krav och otydliga ansvarsområden ... 13
6.1.2 Ökad hjälpmedelsförskrivning och bristande hjälpmedelsförsörjning ... 14
6.2 Klientcentrerad vård är en utmaning i den nya vårdens omorganisation ... 16
6.2.1 En god kommunikation och adekvata bedömningar ... 16
6.2.2 Patientsäkerheten i fara ... 19
7 Diskussion ... 20
7.1 Metoddiskussion ... 20
7.2 Resultatdiskussion ... 23
8 Slutsats ... 26
9 Referenslista ... 27
Bilaga 1 (4) ... 33
Bilaga 2 (4) ... 34
Bilaga 3 (4) ... 35
Bilaga 4 (4) ... 37

1 Inledning

Idag råder det stor brist på arbetsterapeuter över hela landet, vilket kan vara en fara för både professionen men även för samhället i stort. Bristen på arbetsterapeuter kan resultera i en ökad arbetsbelastning och överlag sämre hälsa på arbetet. Tidigare forskning har visat att efterfrågan på arbetsterapeutisk kompetens har ökat vilket tros ha en koppling till den demografiska utvecklingen med en ökad andel äldre befolkning, där behovet av förebyggande insatser och rehabilitering är stort (Sveriges arbetsterapeuter, 2016a).
Den 1 januari 2018 trädde en ny lag i kraft med syfte att effektivisera vården och frigöra antalet vårdplatser på sjukhus. Detta ska ske genom att kommunerna nu har tre dagar på sig att ta hem patienterna från slutenvården, oberoende veckodag (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 2017:30). Tidigare övergick betalningsansvaret till kommunen efter fem vardagar, helger och högtidsdagar räknades inte in (Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, SFS 1990:1404). Kommunförbundet Skåne och Region Skåne (2018) har tillsammans tagit fram rutiner för hur denna övergången ska ske. Då HSL styr arbetsterapeutens yrkesutövning (Jacobson, 2014) kan den nya lagen innebära förändringar i arbetssituationen för kommunanställda arbetsterapeuter, då de nu ska kunna ta hem patienterna fortare. Internationell forskning gällande tidig koordinerad utskrivning från sjukhus för stroke patienter tyder på att patienterna får en bättre effekt av rehabilitering i sin hemmiljö jämfört med på sjukhus, samt att implementeringen också frigör fler vårdplatser på sjukhus (Ng, Chu, Wu, & Cheung, 2005). I likhet med tidig koordinerad utskrivning innebär den nya lagen kortare vårdtider, där patienter som är i behov av fortsatt rehabilitering ska få detta i hemmet, likaså ska nu även specialiserad vård ges i hemmet (statens offentliga utredningar, 2018). Då det saknas forskning om effekterna av implementeringen av den nya lagen, är syftet med föreliggande studie att undersöka kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter gällande den nya lagen om samverkan vid utskrivning, samt dess konsekvenser för deras arbetssituation.

2 Bakgrund

Möjligheten att kunna samverka och utföra sina arbetsuppgifter är grundläggande för att snabba och trygga hemgångar ska kunna ske (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2015). Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

(SFS 2017: 612) benämns fortsättningsvis som *lagen* i studien. För en tydlig förståelse för lagen (SFS 2017:612) och för arbetsterapeutens yrkesroll i samband med patienters hemgångar från sjukhus, kommer arbetsterapi, lagar och författningar samt tidig koordinerad utskrivning att beskrivas nedan.

2.1 Arbetsterapi

Arbetsterapi grundar sig på forskning kring hur delaktighet och meningsfulla aktiviteter kan bidra till- och främja hälsa (Law, Polatajko, Baptise & Townsend, 2002; Polatajko et al., 2013). Arbetsterapeuten arbetar främst med att främja och förbättra utförandet av aktiviteter och på så sätt möjliggöra för en person att vara så självständig som möjligt i sin vardag, utifrån dennes specifika förutsättningar (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012).
Hälso- och sjukvården har fått mycket kritik för att ha ett biomedicinskt perspektiv, det vill säga en strävan efter att diagnostisera och behandla (Edvardsson, 2010).
Edvardsson (2010) menar också att genom istället använda ett personcentrerat perspektiv, som utgår från personen, ställs istället frågan vad behandlingen får för betydelser och konsekvenser för möjligheten att leva ett gott liv. Inom hälso- och sjukvården benämner man detta som en personcentrerad vård (Edvardsson, 2010), inom arbetsterapi använder man istället begreppet klientcentrerad vård, det har samma betydelse och är ett centralt begrepp inom arbetsterapi (Fisher, 2009). Law och Mills (1998) har gjort en sammanställning av vad det innebär att arbeta klientcentrerat och kommit fram till att det innebär att; visa respekt för de val patienten och anhöriga gör, att patienten ska vara delaktig i val av behandling, de beslut som tas ska vara grundade på patientens önskemål i största möjliga mån. Ett klientcentrerat arbete innebär också att ge patienten information, erbjuda fysisk trygghet och vara ett emotionellt stöd. Det klientcentrerade arbetet har ett antal fördelar jämfört med andra förhållningssätt. Den främsta fördelen är att patienten faktiskt är med i de beslut som fattas. En nackdel med det klientcentrerade förhållningssättet är att vissa patienter inte vill samarbeta med arbetsterapeuten så ett klientcentrerat arbetssätt kan uppstå, de vill hellre få färdiga instruktioner (McColl & Pollock, 2005). Evidens finns för att det klientcentrerade arbetssättet inte bara förbättrar processen utan även utfallet av rehabiliteringen (Law & Baum, 2005). Att arbeta klientcentrerat beskrivs som centralt i lagen (SFS 2017:612), det är därför viktigt att undersöka hur lagen påverkar kommunanställda arbetsterapeuters arbetssätt.

Inom arbetsterapi används processmodeller som ett stöd för arbetsterapeuten, som ser till att arbetsterapeuten arbetar klientcentrerat (Fisher & Nyman, 2007). En av dessa processmodeller är The Occupational Therapy Intervention Process Model [OTIPM] (Fisher & Nyman, 2007). Det unika med OTIPM är att den utgår från ett top-down perspektiv. På så sätt får arbetsterapeuten en helhetsbild av patienten genom att identifiera vem patienten är och vilka problemen är, för att sedan tillsammans med patienten identifiera och finna lösningar på aktivitetens problematik. Arbetsterapeuten utgår följaktligen från personen och inte sjukdomen (Fisher, 2009). Med en äldre befolkning som ökar i antal kommer med stor sannolikhet den arbetsterapeutiska kompetensen att efterfrågas i allt högre grad och ha en betydande roll, inom såväl hälso- och sjukvården som inom äldreomsorgen (Wressle, & Samuelsson, 2014). Arbetsterapeuter är verksamma inom många olika områden som till exempel sjukhus, vårdcentral eller kommunal verksamhet, arbetsuppgifterna varierar således markant (Law & Baum, 2005; Sveriges arbetsterapeuter, 2016b). Eftersom arbetsterapeuter ingår i det team som möter upp patienten i hemmet efter vård på sjukhus, kommer deras arbete att påverkas av lagen (SFS 2017:612). Vanliga arbetsuppgifter för kommunanställda arbetsterapeuter är olika typer av bedömningar som kan resultera i anpassningar av patienters hemmiljö, träningsprogram eller hjälpmedel (Kristianstad kommun, 2018). Hjälpmedel kan underlätta för personer i vardagen, och för personer med funktionsnedsättning kan hjälpmedel göra det möjligt att delta i sociala sammanhang och utföra dagliga aktiviteter (Brandt & Jensen, 2014). Förskrivning av hjälpmedel görs enligt förskrivningsprocessen som är reglerad av Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicinsktekniska produkter (SOSFS 2008:1) samt i den generella HSL (SFS 2017:30). Förskrivningsprocessen omfattar fem olika steg: utprovning, eventuella anpassningar, information, träning och uppföljning (Socialstyrelsen, 2017). De fem stegen återfinns även i OTIPM (Fisher, 2009). Som arbetsterapeut har man en skyddad yrkestitel, det betyder att endast de med arbetsterapiexamen får utöva yrket. Med legitimationen medföljer skyldigheter, en av dem är att följa lagar och regler (Jacobson, 2014), exempel på en sådan lag som styr professionen är HSL (SFS 2017:30).

2.2 Lagar och författningar

HSL (SFS 2017:30) är den lag som reglerar hur svensk hälso- och sjukvård ska organiseras och bedrivas. HSL (SFS 2017:30) gäller för samtliga vårdgivare samt landsting och kommuner. Kommunen är huvudman och ansvarar för den vård och omsorg som bedrivs i

hemmet, vilket innebär att det är de som enligt lag bär det ekonomiska ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård inom det geografiska området. Målet med hälso- och sjukvården är uppnå god hälsa och förebygga ohälsa, där vården bedrivs på lika villkor för alla medborgare. Enligt HSL (SFS 2017:30) ska sjukvården bedrivas så att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges förtur till vården. Kommunerna ska erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Tillsammans med patienten ska man upprätta en individuell plan för att tydliggöra de erbjudna insatserna (SFS 2017:30).

Lagen (SFS 2017:612) trädde i kraft den 1 januari 2018, i lagen finns bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för patienter som skrivs ut från slutenvården. Lagen (SFS 2017:612) syftar till att efter utskrivning från slutenvården främja en god vård med en socialtjänst av god kvalité. Syftet är att låta patienten få en så tidig hemgång som möjligt från slutenvården, snarast möjligt när denne är utskrivningsklar, d.v.s. medicinskt färdigbehandlad. När en patient skrivs in i slutenvården ska den behandlande läkaren, om denne gör bedömningen att patienten kommer att behöva vård efter vårdtiden, skriva ett inskrivningsmeddelande senast 24 timmar efter inskrivning i slutenvården (SFS 2017:612). Inskrivningsmeddelandet ska innehålla patientens namn, personnummer och folkbokföringsadress samt när patienten beräknas vara utskrivningsklar. Vid utskrivning ska slutenvården överrapportera information om inte sekretess eller tystnadsplikt hindrar, som är väsentlig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård senast samma dag som patienten skrivs ut (SFS 2017:612). Om patienten behöver insatser av både landsting och kommun, hälso- och sjukvård eller socialtjänst efter utskrivningen, ska en samordnad individuell planering genomföras med representanter från de olika enheterna. I lagen (SFS 2017:612) beskrivs även kommunernas betalningsansvar. Betalningsansvaret träder in tre dagar efter meddelandet för utskrivningen skickats in, ifall meddelandet skickats innan kl. 12 på dagen, annars har kommunen fyra dagar på sig innan de blir betalningsansvariga (SFS 2017:612).

När det kommer till hur lagen (SFS 2017:612) ska följas har Kommunförbundet Skåne och Region Skåne tillsammans tagit fram *Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård* (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2018). Rutinerna framtogs på grund av lagen (SFS 2017:612) som trädde i kraft den 1 januari 2018. Där framgår det hur utskrivningen från sluten hälso- och sjukvård ska ske för att vara effektiv och patientsäker. I rutinerna tas även upp hur informationsutbytet mellan de berörda

instanserna ska ske, så som inskrivningsmeddelande, fast vårdkontakt, kartläggning, ställningstagande inför utskrivning, samordnad individuell planering, utskrivningsklar och utskrivning, rutinen tar även upp kommunens betalningsansvar (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2018). Patienten och eventuellt anhöriga ska få vara delaktiga i vården som ska ges och behöver därför information för att kunna utöva självbestämmanderätten, till att tacka ja eller nej till den vård som erbjuds. Om patienten tackar ja till fortsatt vård eller nya insatser sker kommunikationen mellan kommunen, slutenvården och öppenvården i Skåne genom IT-stödet Mina Planer (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2018). Syftet med Mina planer är att underlätta kommunikationen mellan de olika instanserna gällande kartläggningen av patientens tidigare, nuvarande och fortsatt behov av vårdinsatser utifrån sina ansvarsområden (Region Skåne, 2018).

Kommunförbundet Skåne och Region Skåne (2018) beskriver även planeringsprocessen som är uppdelad i fyra processer, där syftet är en tydlig och säker utskrivning som ska ske på ett effektivt och säkert sätt. De fyra planeringsprocesserna är framtagna för att underlätta bedömningen av utskrivningen genom att utgå från patientens behov, oavsett om patienten är känd av kommunen sedan tidigare eller inte. Vilken av de fyra processerna som tillämpas beror på omfattningen av patientens behov av insatser (se bilaga 1) (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2018).

Bakgrunden till lagen (SFS 2017:612) och att nya rutiner inom Region Skåne tagits fram, har sin grund i den granskning som regeringen beslutade 2014 (Statens offentliga utredningar, 2015). Granskningen innefattar den lag som reglerar kommunernas betalningsansvar, den så kallade betalningsansvarslagen. Syftet med granskningen var att upprätta en god vård, där övergången mellan vård på sjukhus och omsorg i det egna hemmet blir så kort som möjligt, och på så sätt minska antalet onödiga vistelser på sjukhuset (Region Skåne, 2017). Överbeläggningar på sjukhusen tros bero på att utskrivningsklara patienter på sjukhus inte kommit vidare i vårdkedjan. Väntetiden för att komma vidare i vårdkedjan bidrar till en onödigt hög kostnad för samhället då kostnaden för en vårdplats inom slutenvården är högre än kostnaden för öppenvård och omsorg (Hälso-och sjukvårdsnämnden, 2017). Detta glapp inom vården har man försökt lösa genom den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). Hur implementeringen av lagen om samverkan fungerar i praktiken, relaterat till arbetsterapeuters arbetssituation, saknas det dock kunskap kring i nuläget.

2.3 Tidig koordinerad utskrivning och rehabilitering

Lagen (SFS 2017:612) syftar på att patienten ska få en så tidig hemgång som möjligt från slutenvården så snart efter att patienten bedömts som medicinskt färdigbehandlad av läkaren. Tidig koordinerad utskrivning innebär ett alternativt sätt på fortsatt rehabilitering, där rehabiliteringen ska ske i patientens hemmiljö istället för på sjukhuset, detta ska ske med stöd från ett interdisciplinärt team, bestående av bland annat en arbetsterapeut (SBU, 2015). Den tidiga utskrivningen från sjukhuset bidrar till färre antal vårddagar på sjukhus för patienten, vilket innebär att sjukhuset kan frigöra sängplatser och kan ta emot fler patienter (SBU, 2015). Internationell forskning visar att tidig koordinerad utskrivning från sjukhus där patienten fått fortsatt rehabilitering i sin hemmiljö har en positiv effekt på strokepatienter. Effekten av tidig koordinerad utskrivning har i dessa studier mätts på olika sätt, bland annat genom att undersöka om patienten är i behov av hjälp under personliga aktiviteter i dagliga livet (ADL) (SBU, 2015).

Rehabilitering kommer från latinets *re* och *habilitering*, innebörden är "ordagrant att en person åter blir lämplig eller duglig" (Ottosson, 1989, s. 10). Enligt socialstyrelsens termbank (u.å.) beskrivs rehabilitering som insatser för att skapa förutsättningar för att återfå eller behålla optimal funktionsförmåga för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhället för personer med förvärvad funktionsnedsättning. Socialstyrelsen (2010) menar att rehabilitering är samordnade insatser från olika kompetensområden där fokus ligger på personens behov, förutsättningar och intressen. Eftersom forskning på tidig koordinerad utskrivning är begränsad i Sverige och lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) förespråkar tidig hemgång, behövs det forskas på hur det påverkar hälso- och sjukvårdspersonal, där arbetsterapeuter ingår.

3 Syfte

Syftet med studien är att undersöka kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter gällande den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och dess konsekvenser för deras arbetssituation.

4 Metod

4.1 Design

Kvalitativ design med induktiv ansats valdes då studiens syfte var att undersöka deltagarnas upplevelser och erfarenheter gällande den nya lagen om samverkan vid utskrivning och dess konsekvenser för kommunanställda arbetsterapeuters arbetssituation. Enligt Graneheim och Lundman (2004) lyfter en kvalitativ studiedeltagarnas kunskaper, upplevelser och erfarenheter gällande ett specifikt fenomen, metodvalet var därför relevant utifrån studiens syfte. Semistrukturerade intervjuer utfördes, vilket enligt Kristensson (2014) är bra metod ifall man är oerfaren på att intervjua men även för att få en struktur på intervjun.

4.2 Rekrytering och urval

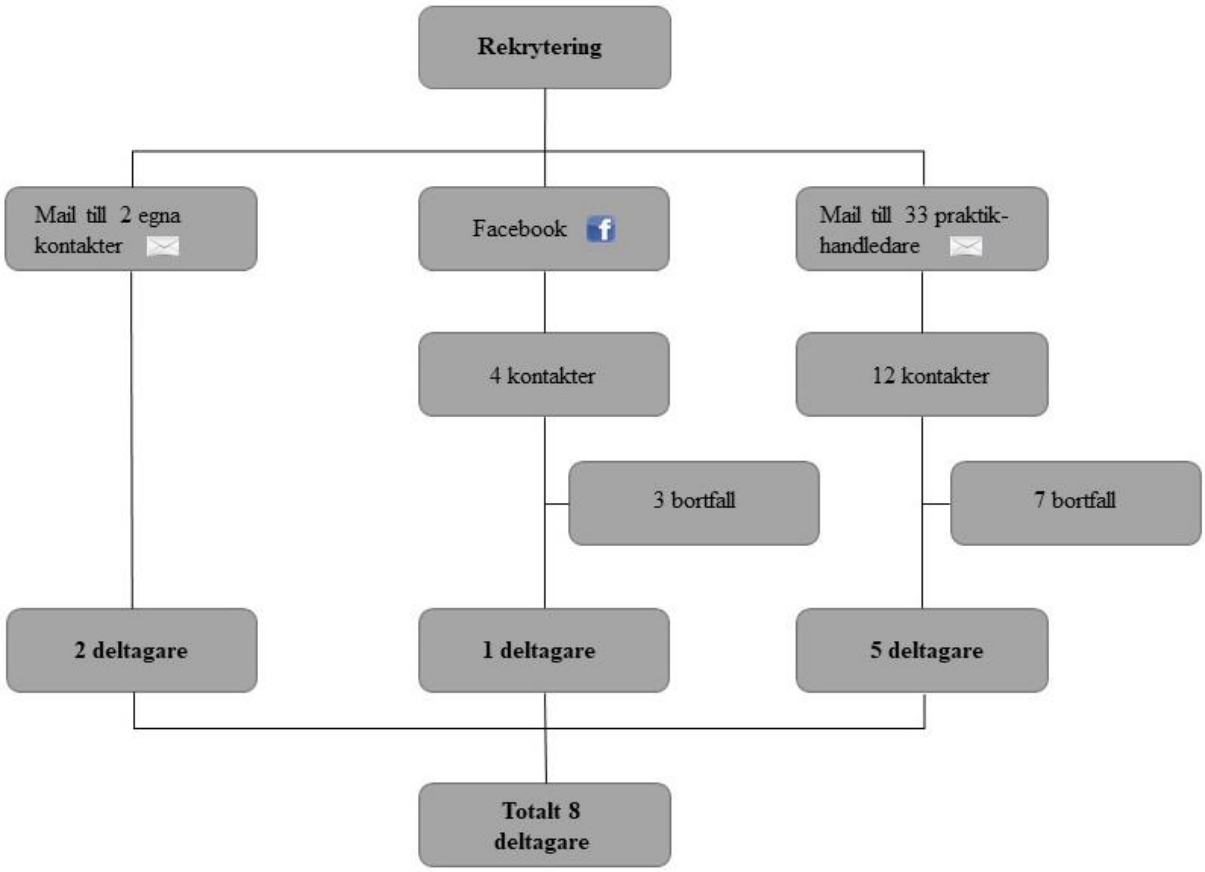
Typiskt urval (Kristensson, 2014) användes vid rekrytering av deltagare, detta då författarna medvetet valt ut deltagare som ansågs lämpliga att besvara det undersökta fenomenet. För att få en variation i urvalet, som enligt Kristensson (2014) ger en spridning av upplevelser och erfarenheter, har deltagare från olika arbetsplatser och olika kommuner i Skåne inkluderats. Inklusionskriterierna för att delta i studien var att deltagarna under den aktuella tidpunkten för studien var legitimerade arbetsterapeuter samt var kommunalt verksamma i någon av Skånes kommuner. Ytterligare ett inklusionskriterium var att de skulle ha erfarenhet av att möta upp patienterna i hemmet i samband med utskrivning från sjukhus. Det slutgiltiga urvalet bestod av en man och sju kvinnor, där alla hade olika många års erfarenhet av att arbeta som arbetsterapeut inom kommunal verksamhet. Alla deltagare arbetade dessutom i olika kommuner, se tabell 1 på nästa sida.

Tabell 1. Sammanställning av deltagarna

	Kön	Ålder	Legitimerad arbetsterapeut sedan	Erfarenhet av att arbeta som arbetsterapeut	Erfarenhet av att arbeta inom kommunal regi
Deltagare 1	Kvinna	44år	1997	11år	4år
Deltagare 2	Kvinna	58år	1990	6år	5år
Deltagare 3	Man	25år	2018	10 månader	10 månader
Deltagare 4	Kvinna	35år	2014	4år	4år
Deltagare 5	Kvinna	44år	2011	7år	7 månader
Deltagare 6	Kvinna	32år	2015	3år	2år
Deltagare 7	Kvinna	37år	2011	6år	4år
Deltagare 8	Kvinna	43år	1997	20år	20år

Rekryteringen av deltagarna gjordes i flera steg, se figur 1. I det första steget skickade författarna ut en förfrågan om deltagande till studien via mail till två personliga kontakter. Dessa ansåg författarna var lämpliga att delta i studien, då båda arbetar kommunalt med hemgångar från sjukhus. I mailet bifogades två informationsbrev (se bilaga 2), ett som riktade sig till enhetschefen och ett som riktade sig till deltagaren som dessutom fick en samtyckesblankett (se bilaga 3). Informationsbreven innehöll information om studien, att deltagandet var frivilligt, att data förvaras avidentifierat och oåtkomlig för obehöriga och kommer förstöras efter avslutad studie. I det andra skedet publicerades ett inlägg i en Facebookgrupp för arbetsterapeuter, där de tillfrågades att delta i studien. Totalt hörde fyra personer av sig gällande Facebook inlägget. Även de erhöll informationsbrev och samtyckesblankett. Två av de potentiella deltagarna valde senare att avstå på grund av tidsbrist på arbetsplatsen. Ytterligare en person uppfyllde inte inklusionskriterierna och fick därför också avstå. I det tredje steget mailade författarna informationsbreven och samtyckesblanketten till 33 kommunalt verksamma arbetsterapeuter i Skåne som även de tillfrågades att delta i studien. Deras kontaktinformation hade författarna tillgång till då dessa personer tidigare varit praktikhandledare till studenter på arbetsterapiprogrammet. Av de 33 tillfrågade personerna var det totalt 12 personer som var intresserade av att delta, av dessa

valde sedan författarna ut fem stycken personer till studien, där urvalet baserades på att få en så bred geografisk spridning som möjligt. De sju personer som uteslöts från studien, valdes bort till följd av att kommunen redan var representerad av en annan deltagare. Deltagarna kom således från olika arbetsplatser och olika kommuner i Skåne.



Figur 1. Beskrivning av rekryteringsprocessen av deltagare till studien

4.3 Datainsamling

Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer. Innan påbörjad datainsamling utarbetades en intervjuguide av författarna (se bilaga 4). Intervjuguiden är inspirerad av HSL (SFS 2017:30) och lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612), men berör även frågor kring hjälpmedel och arbetssätt. En pilotintervju gjordes för att undersöka intervjufrågornas relevans och frågornas utformning men även för att få en uppfattning om hur lång tid intervjuerna beräknades ta (Kristensson, 2014). Efter pilotintervjun justerades frågorna, irrelevanta frågor som inte besvarade studiens syfte togs

bort och nya frågor lades till. Intervjuguiden användes som ett stöd under intervjuernas gång. Frågorna som ställdes var delvis öppna med möjlighet till följdfrågor, vilket var viktigt för att få djup i datan (Graneheim & Lundman, 2004) och ge deltagarna en möjlighet att berätta fritt (Kristensson, 2014). Intervjuerna fördelades lika mellan författarna, där deltagarna själva fick utse tid och plats för intervju. Samtliga intervjuer gjordes på deltagarnas arbetsplats, i ett enskilt rum, och pågick mellan 35-55 minuter. Innan varje påbörjad intervju informerades deltagarna ytterligare en gång om studiens syfte, konfidentialiteten och att deltagandet var frivilligt och att de kunde när som helst, avbryta utan att ange skäl. På plats fick deltagarna skriftligt godkänna sin medverkan i studien genom att signera samtyckesblanketten. De fick även ge ett muntligt samtycke till att intervjun spelades in på ljudfil.

4.4 Dataanalys

Samtliga ljudinspelade intervjuer avidentifierades och delades lika mellan författarna för att sedan transkriberas ordagrant. För att identifiera likheter och skillnader i det insamlade materialet så analyserades materialet i enlighet med Graneheim och Lundmans innehållsanalys (2004). Enligt Hsieh och Shannon (2005) är innehållsanalys ett flexibelt sätt att analysera data bestående av intervjuer och ljudfiler, för att sedan få fram kunskap om människors erfarenheter, på så sätt är analysmetoden relevant utifrån studiens syfte. Innehållsanalysen utfördes i olika steg. I det första steget lästes samtliga transkriptioner upprepade gånger av båda författarna för att få en överblick och förståelse för det insamlade materialet, samtidigt som författarnas egna tankar och reflektioner antecknades (Graneheim & Lundman, 2004). I det andra steget analyserades intervjuerna på en manifest nivå, där meningsbärande enheter valdes ut, det vill säga meningar med relevant information utifrån studiens syfte. De meningsbärande enheterna valdes utifrån forskningsfrågan, där upplevelser, erfarenheter och konsekvenser fanns i åtanke. Totalt valdes 154 meningsenheter ut. Övrig textmassa som inte var relevant utifrån syftet eliminerades. Ett exempel på sådan text som eliminerats i studien är det som handlar om deltagarnas erfarenheter av färdtjänst, då det inte är kopplat till studiens syfte. De meningsbärande enheterna numrerades utifrån deltagare och sida på transkriptionen, för att enkelt kunna gå tillbaka till transkriptionen och hitta informationen. Meningsenheterna förkortades ner genom kondensering, för att renodla meningsenheterna från onödig text, så de blev korta, sammanfattande och speglar det centrala budskapet. I det tredje steget kodades materialet genom att utforma kodord, detta gjorde

författarna var för sig, för att sedan jämföra med varandra. De koder med samma eller liknande budskap sammanställdes sedan till fyra underkategorier och två kategorier, som utgjorde det manifesta innehållet (Graneheim och Lundman, 2004). För exempel ur kodningssystemet, se tabell 2.

Tabell 2. Exempel på kodningssystem

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kodord	Underkategorier	Kategorier
”Inte andra sysslor utan snarare mer stress, både psykiskt och fysiskt. Det ställer ju hårdare krav på att vi ska kunna plocka hem patienten snabbare” - Deltagare 1, sid 7	Mer stress psykiskt och fysiskt. Hårdare krav på ta hem patienten snabbare	Stress Hårdare krav	Stress, en konsekvens av hårdare krav och otydliga ansvarsområden	Ett förändrat arbetsförhållande för kommunanställda arbetsterapeuter och deras arbetssituation
"*Patienterna kommer ju hem i ett sämre skick nu än tidigare och det blir svårt för oss att göra bra hemgångar när de knappt kan stå på benen*” - Deltagare 6, sid 8	Patienter hem i sämre skick, svårt att göra bra hemgångar	Sjukare patienter	Patientsäkerheten i fara	Klientcentrerad vård är en utmaning i den nya vårdens omorganisation

5 Forskningsetiska överväganden

Samtliga deltagare fick både muntlig och skriftlig information om studiens syfte, hur förvaring av insamlad data skulle ske, men även att deltagandet i studien var frivilligt och kan avbrytas när som helst under studiens gång. Deltagarna fick skriftligt godkänna sin medverkan i studien genom att signera en samtyckesblankett samt ge ett muntligt godkännande till att intervjuerna spelades in på ljudfil. Det insamlade materialet förvarades avidentifierat och inlåst, utan åtkomst för obehöriga. Allt material förstördes efter avslutad studie. Vid intervjustudier finns alltid en risk att deltagarnas integritet blir utsatt, detta är något författarna beaktat och anser att ingen av deltagarna utsatts för någon skada (Kvale &

Brinkmann, 2014). I studien har samtliga av Helsingforsdeklarationens fyra etiska principer gällande forskning beaktats, dessa är; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (World Medical Association, 2018). Även lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor har tagits i åtanke (SFS 2003:460).

6 Resultat

Analysen resulterade i två kategorier; *Ett förändrat arbetsförhållande för kommunanställda arbetsterapeuter och deras arbetssituation* och *Klientcentrerad vård är en utmaning för den nya vårdens omorganisation.* Det framkom även fyra underkategorier, se figur 2 för en översikt av kategorier och underkategorier.

Kategorier	
Ett förändrat arbetsförhållande för kommunanställda arbetsterapeuter och deras arbetssituation	Klientcentrerad vård är en utmaning för den nya vårdens omorganisation
↓ **Underkategorier**	↓
Stress, en konsekvens av hårdare krav och otydliga ansvarsområden	En god kommunikation och adekvata bedömningar
Ökad hjälpmedelsförskrivning och bristande hjälpmedelsförsörjning	Patientsäkerheten i fara

Figur 2. Översikt av resultatet i kategorier och underkategorier

6.1 Ett förändrat arbetsförhållande för kommunanställda arbetsterapeuter och deras arbetssituation

Flertalet av deltagare ansåg att lagen resulterat i ett förändrat arbetsförhållande. Deltagarna beskrev att det ställs högre krav på att de ska vara tillgängliga och flexibla i sitt arbetssätt. I kombination med detta upplevde de att inte alla instanser varit förberedda på den förändring lagen medfört, vilket de uttryckte bidragit till en stressigare arbetssituation. Deltagarna beskrev att den ökade stressen bland annat berodde på att kommunerna strävar efter att hålla kostnaderna nere och inte bli betalningsskyldiga om patienten inte kommer hem inom tre dagar.

> *"/.../ det sätter högre krav på oss, vi ska kunna plocka hem patienter mycket snabbare och det sätter högre krav på att vi ska vara tillgängliga /.../ vi jobbar ju bara kontorstider." (Deltagare 6)*

6.1.1 Stress, en konsekvens av hårdare krav och otydliga ansvarsområden

En aspekt som deltagarna ansåg var en bidragande faktor till det förändrade arbetsförhållandet var att kommunen nu har mindre att säga till om när primärvården fått ett större inflytande.

> *"/.../ primärvården styr vår verksamhet och det tycker jag blev tokigt av det hela, att primärvården ska bestämma och vi ska bara utföra något, liksom att vi inte har något att säga till om i vår egen verksamhet /.../ upplever ett slags maktskifte eller hierarki som det inte var tidigare och det är en nackdel." (Deltagare 1)*

Deltagarna menade att omorganiseringen i vården är en följd av lagen, som bidragit till ett maktskifte mellan vårdens olika instanser. De upplevde även att riktlinjerna och kunskapen gällande vem som bär ansvaret för vad är otydliga, vilket hade förhindrats med en fast vårdkontakt med patientkännedom. Deltagarna menade däremot att tanken med den fasta vårdkontakten brister i praktiken.

Deltagarna uttryckte också att lagen inte medfört nya arbetsuppgifter, utan snarare att de ordinarie arbetsuppgifterna ska utföras i ett snabbare tempo, vilket de beskrev påverkade dem psykiskt och fysiskt. De beskrev att det höga tempot ställer högre krav, dels genom flexiblare arbetstider men även genom att de ständigt måste vara tillgängliga och uppdaterade på sina patienters tillstånd, vilket medfört att de ibland inte hinner med sina vanliga patienter.

"/.../ inte andra sysslor utan mer stress, både psykiskt och fysiskt /.../ det är svårare att planera /.../ känns som att man hinner mycket mindre /.../ vi hinner inte med våra vanliga patienter ibland /.../ ett arbetssätt som inte är så tidseffektivt." (Deltagare 1)

Någon deltagare uttryckte att arbetstiderna som i nuläget är vardagar, inte är anpassade efter den flexibilitet och tillgänglighet som lagen kräver med de snabba hemgångarna. Det har medfört att viss omorganisation börjat ske, för kommunalt verksamma arbetsterapeuter.

"/.../ det påverkar vår verksamhet väldigt mycket eftersom vi måste vara väldigt flexibla, vi jobbar inte helger inom hemvården men vi har ett hemtagningsteam som fått börja jobba helg på grund av detta." (Deltagare 3)

6.1.2 Ökad hjälpmedelsförskrivning och bristande hjälpmedelsförsörjning

Samtliga deltagare vittnade om att hjälpmedelsförskrivningen utgör en stor del av arbetet, och att en fungerande hjälpmedelsförsörjning därför är ytterst viktigt för att deras arbete ska fungera väl. Tillgången till hjälpmedelsförråd och dess utbud varierade mellan kommunerna. Deltagarnas uppfattningar om hur hjälpmedelsförsörjningen fungerar skiljde sig dock åt. Generellt är de deltagare med tillgång till ett omfattande hjälpmedelsförråd nöjda med sin hjälpmedelsförsörjning. En deltagare uttryckte;

"/.../ vi har enkla hjälpmedel i ett närförråd, sen har vi ett större hjälpmedelsförråd och det har ju verkligen inte alla kommuner /.../ som tur är har vi en vaktmästare som hjälper oss med leveranser, det är verkligen en guldresurs /.../ då slipper vi som legitimerad personal slösa tid på att köra till förrådet /.../ vi har ju brist på legitimerad personal så det är ju inte på vägarna vi ska befinna oss, utan vi ska ju vara ute hos patienterna." (Deltagare 6)

De deltagare vars kommuner hyr hjälpmedel från hjälpmedelsleverantörer var däremot mindre nöjda med hjälpmedelsförsörjningen. De beskrev att det ofta uppstår problem med beställningar och leverans av hjälpmedel, framförallt med större och tyngre hjälpmedel, vilket i sin tur påverkade patientens förutsättningar för att komma hem. Att inte kunna kontrollera hjälpmedelsleveranserna uttrycktes av en deltagare som ett stressmoment.

"/.../ vi hyr hjälpmedel, att inte ha makt över sina hjälpmedel är jobbigt, vi är jätteberoende av leverantören." (Deltagare 1)

Några av deltagarna belyste även att vissa av kommunerna gjort upp avtal med hjälpmedelsleverantören innan den nya lagen trädde i kraft, vilket resulterade i att leverantörerna inte förhåller sig till de snabbare hemgångarna. Med den nya lagen finns det ett behov av flera leveransdagar än innan eftersom patienternas hemgång ska ske inom tre dagar, oberoende veckodag.

> *"/.../ vi har bara två leveransdagar i veckan måndagar och onsdagar och det är ju det vi får förhålla oss till tyvärr. Det blir ju svårt att få hem speciella hjälpmedel mot slutet av veckan, då vi har som mest hemgångar." (Deltagare 5)*

Flertalet av deltagarna uttryckte att de var missnöjda med hjälpmedelsleverantörernas ovilja att bemöta det förändrade behovet som lagen medfört. Flertalet av deltagarna ansåg att problematiken grundar sig i en kostnadsfråga som ingen vill ansvara för, vilket medför svårigheter för deltagarna vid hemtagning av patienter som kräver speciella hjälpmedel. Detta medför konsekvenser för deltagarnas arbetssituation.

Några deltagare uttryckte även att de upplevt ett ökat hjälpmedelsbehov hos patienterna, framförallt av förflyttningshjälpmedel. En deltagare uttryckte att detta tros bero på en konsekvens av att patienter kommer hem i sämre skick med ett varierat hjälpmedelsbehov, vilket medfört att förskrivning av hjälpmedel ökat. En annan deltagare upplevde även att det görs fler akutbeställningar av hjälpmedel till följd av de snabba hemgångarna, vilket medfört en ökad kostnad för kommunerna.

> *"/.../ flera olika förflyttningshjälpmedel, förskriver vi nu till följd av att patienterna kan knappt stå på benen under vissa timmar på dygnet. Under en annan tid på dygnet behövs en lyft och vid en annan en tid på dygnet behöver dom en returner alltså en överförflyttningsplattform /.../ och eventuellt kan patienten gå med rollator nån gång mitt på dagen då dom är lite piggare alltså behöver dom fler hjälpmedel…" (Deltagare 8)*

En annan aspekt som deltagarna belyste, var att de bristande bedömningarna som slutenvården gjort gällande patienternas hjälpmedelsbehov, ofta resulterat i dubbelarbete för deltagarna. Ett exempel är när bedömningarna inte speglar patientens verkliga hjälpmedelsbehov, då har deltagarna med sig hjälpmedel som inte patienten är i behov av.

Deltagarna måste därför åka fram och tillbaka till patienterna med olika hjälpmedel, vilket inte är optimalt.

> *"/.../ man kräver vissa hjälpmedel inom tre dagar, vi ska hinna beställa dom sen kommer man ut till patienten och så finns inte behovet eller också ser behovet annorlunda ut." (Deltagare 4)*

6.2 Klientcentrerad vård är en utmaning i den nya vårdens omorganisation

Deltagarna var eniga om att det finns brister i informationen till patienterna, vilket påverkade utförandet av en god och klientcentrerad vård med delaktiga patienter. Lagen upplevdes som nödvändig för att frigöra vårdplatser på sjukhusen samtidigt som deltagarna menade att den nya lagen förbiser patienten och dennes önskemål. Deltagarna ansåg att patienternas delaktighet i sin vård minskat i samband med införandet av den nya lagen och de snabbare hemgångarna. De menade även att det brister i kommunikationen med andra vårdinstanser som äventyrar patientsäkerheten.

6.2.1 En god kommunikation och adekvata bedömningar

Deltagarna uttryckte brister i kommunikationen mellan de olika instanserna som sker genom IT-stödet Mina planer, där deltagarnas upplevelser var splittrade. En uppfattning om IT-stödet var att tanken är god men att det behöver utvecklas. En annan uppfattning deltagarna hade var att IT-stödet bidrar till en smidigare kommunikation som inte innebär att instanserna behöver ringa varandra och eventuellt fastna i telefonkö. Samtidigt uttryckte deltagarna en förståelse för att IT-stödet är nytt och att det tar tid innan det kan fungera optimalt.

> *"/.../ genom detta systemet har vi en mycket tätare kommunikation mellan kommun, primärvård och slutenvården." (Deltagare 7)*

Det fanns även en frustration hos de flesta deltagarna över att sjukhusets bedömningar ofta inte var uppdaterade och därmed inte speglade patientens nuvarande tillstånd och rehabiliteringsbehov.

> *"Vi hade en patient /.../ vi hade nästan allt i förrådet med oss, vi hade förstått att patienten var riktigt dålig men att hon i alla fall var uppegående*

/.../ vi står utanför hennes port /.../ plötsligt går det en dam förbi oss som visade sig vara patienten. Hon var hur bra som helst och förstod inte alls vad vi skulle till henne och göra. Där stod vi med alla hjälpmedel och då var den bedömningen gjord flera dagar innan /.../" (Deltagare 6)

Deltagarna beskrev att det inte var ovanligt att de behövde begära uppdaterade status på patienten för att se patientens utveckling under sjukhusvistelsen. Några menade att de dåligt utförda eller dåligt uppdaterade bedömningarna medfört att man i kommunen inte kan börja planeringen av patienten redan vid inskrivning, så som lagen förespråkar att man ska.

"/.../ informationen vi får från sjukhuset är inte tillräckligt omfattande alltid, framförallt tycker jag inte att den är tillräckligt uppdaterad /.../ den kan vara en vecka gammal och det kan hända jättemycket med patienten på en vecka." (Deltagare 2)

En orsak till de dåligt utförda bedömningarna trodde några deltagare kunde kopplas till att hänsyn inte tas till hemmiljön i bedömningarna. En deltagare uttryckte;

"/…/ på sjukhuset vet dom inte hur det ser ut hemma, miljön gör mycket." (Deltagare 4)

Avsaknaden av rehabiliteringspersonal på vissa avdelningar och sjukhus uttrycktes också som en bidragande faktor till bristande bedömningar. Avsaknaden innebar att andra professioner förmedlade patientens rehabiliteringsbehov, vilket deltagarna menade återspeglades i kvalitén på bedömningarna. Konsekvensen av att andra professioner förmedlade patientens rehabiliteringsbehov ledde till att det inte fanns något samband mellan den faktiska och fysiska förmågan som förmedlats, vilket påverkade deltagarnas arbetssituation.

"/.../ det blir oftast lite mer fel om det är en sjuksköterska som beskriver patientens förflyttningssätt eller p-ADL. Visst det är en indikation men patienten kan vara mycket sjukare eller mycket bättre när dom kommer hem för dom har inte den specifika kunskapen dom glasögonen som en arbetsterapeut har." (Deltagare 3)

Deltagarna menade också att det brast i kommunikationen gentemot patienten, då de inte alltid är medvetna att de är inskrivna i ett system, där kommunen och slutenvården kommunicerar med varandra. Flera upplevde att patienten inte alltid får den information som behövs för att kunna vara delaktig i sin egen vård och de beslut som fattas på sjukhuset. Deltagarna uttryckte att patienterna ofta kommer hem och är förtvivlade då de fått bristfällig

information om vad som kommer hända framöver, eller att de inte hunnit ta in all information. Några deltagare delgav erfarenheter som pekade på att patienten och de anhöriga upplevde en frustration över att inte bli sedda eller hörda.

> *"/.../ tror att patienterna skulle behöva bli informerade om att dom skrivs in i ett system /.../ många står som frågetecken, hur har ni fått reda på allt detta om mig? /.../ att dom faktiskt blir medvetna om att kommunen och sjukhuset pratar med varandra och att det är en process som pågår hela tiden." (Deltagare 7)*

Att hantera patienters och anhörigas frustration har blivit en del av arbetet menade flera deltagare, likaså när det kommer till att skapa en trygghet för patienten. En deltagare uttryckte att det ibland kan upplevas påfrestande då beslutet har fattats av slutenvården, men att det är deltagaren, som representant för vården, som får ta emot och bemöta patienters och anhörigas frustration. Deltagarna beskrev även att det kan vara svårt att tillmötesgå patienternas önskemål om korttidsplats, då det saknas många korttidsplatser.

> *"/.../ många känner sig ju otrygga med att komma hem så snabbt och dom önskar ofta korttidsboende men vi har ju så få korttidsplatser så det är ytterst sällan som man får komma dit /.../ då får vi göra det bästa av det och försöka skapa trygghet." (Deltagare 8)*

En konsekvens som lagen med de snabba hemgångarna medfört var att man nu på flera avdelningar och sjukhus ersatt faktiska vårdplaneringar till planeringar via videosamtal på Skype, vilket deltagarna hade delade meningar om. Några deltagare såg det som positivt med Skype planeringar, tid sparas genom att inte transportera personal till sjukhuset för en planering. Andra deltagare upplevde att för den äldre generationen, är en vårdplanering via Skype ett sätt att exkludera patienten. Vårdplaneringar på sjukhus upplevde några deltagare skapar trygghet hos patienterna eftersom patienten har ett ansikte på den person patienten ska möta i sitt hem.

> *"/.../ jag tyckte det var mycket bättre förr när jag kunde vara med på vårdplaneringarna på sjukhuset /.../ för man träffade patienten, personalen på sjukhuset och kanske anhöriga /.../ för sen är det jag som ska träffa patienten hemma /.../ då har jag kunnat säga vi ses hemma på torsdag, för det är jag som kommer möta upp dig när du kommer hem och då är det en trygghet för patienten att veta att vi setts tidigare." (Deltagare 1)*

6.2.2 Patientsäkerheten i fara

Samtliga deltagare menade att lagen bidragit till att patienterna kommer hem i ett sämre skick jämfört med tidigare. Patienterna ska hem snabbare efter det att läkaren bedömt patienterna som medicinskt färdigbehandlade. Det fanns en upplevelse av att patienterna inte alltid känt sig redo att komma hem, trots att läkaren bedömt patienterna som utskrivningsklara. Deltagarna uttryckte en förståelse för kollegorna inom slutenvården och den pressade situation de ställs inför med få vårdplatser. Deltagarna menade att rätten till en god vård inte får gå ut över patientsäkerheten. Att patienterna kommer hem i sämre skick beskrevs som en nackdel eftersom säkra hemgångar inte kunde garanteras med tanke på patientens hälsa.

> *"/.../ nackdelen är ju också att man får hem de här allra svåraste, svåraste sjuka /.../ vi har fått hem svårare sjuka nu än vad vi fick innan /.../ oftast tänker ju sjukhuset att patienten är medicinskt färdigbehandlad, därmed är det ju inte alltid så att patienten är redo att gå hem." (Deltagare 5)*

Av erfarenhet uppgav några deltagare att det inte var helt ovanligt att dessa patienter blev inlagda på sjukhus igen inom loppet av en vecka. Några deltagare upplevde även svårigheter att göra bra hemgångar, när patienten kommer hem i ett sämre skick och inte är redo för rehabilitering utan är i större behov av omsorg.

> *"/.../ i våras hade vi själva någon statistik på hur många som kom hem, hur länge de var hemma och hur många som vi fick skicka tillbaka och en del fick vi faktiskt skicka tillbaka samma dag /.../ det är inte så mycket rehab utan mer omsorg av patienterna /.../" (Deltagare 2)*

> *"/.../ det är svårt för oss att göra bra hemgångar när dom kommer hem och inte kan stå på benen." (Deltagare 6)*

En annan faktor som sätter patientens säkerhet i fara är det faktum att några av deltagarna hade erfarenheter av patienter som aldrig blivit inskrivna i IT-systemet under sin vårdtid på sjukhuset. Där sjukhuset informerat patienten att själv initiera kontakten med kommunen efter hemgång för eventuella rehabiliterande insatser och hjälpmedelsbehov. Att patienterna inte blivit inskrivna i IT-systemet trodde deltagarna berodde på att sjukhuset ville få hem patienterna snabbare, så att vårdplatser kunde frigöras. Deltagarna menade att detta sätter patientsäkerheten i fara då patienterna inte blir synliga för kommunen.

"/.../ ofta gör ju sjukhuset så att de avvaktar inskrivningen för att dom hoppas att patienten bara kan passera som en osynlig process, att dom aldrig blir inskrivna /.../ man vill gå den snabba vägen." (Deltagare 6)

7 Diskussion

7.1 Metoddiskussion

En kvalitativ metod med induktiv ansats valdes för att besvara studiens syfte. Metoden ger svar på deltagarnas upplevelser och erfarenheter inom det undersökta området (Kristensson, 2014). Den induktiva ansatsen valdes för att inte gå in med en förutfattad mening som kunde påverka resultatet (Kristensson, 2014). Då syftet med studien var att undersöka upplevelser och erfarenheter bedömde författarna att en kvalitativ intervjustudie var en passande metod att använda sig av. Inledningsvis fanns tankar på att göra en enkätstudie, men då befintlig forskning gällande den nya lagen (SFS 2017:612) är begränsad försvårades möjligheten att formulera bra enkätfrågor. Med en enkätstudie är det dessutom svårt att få en djup och fyllig data (Kristensson, 2014), vilket författarna ansåg vara viktigt för att kunna besvara studiens syfte. För att inte gå miste om viktig information formulerades syftet brett med både upplevelser och erfarenheter. Detta är något författarna resonerat och diskuterat mycket kring men beslutat att ha med båda för att inte gå miste om viktig information.

Deltagarnas erfarenheter belyses dels genom deras erfarenheter av lagen (SFS 2017:612) och dess inverkan på deras arbetssituation, men även genom att belysa deras erfarenheter av att arbeta som kommunanställd arbetsterapeut. Författarna menar att det är viktigt att belysa detta, då det kan ha en betydelse för studiens resultat. Samtidigt belyser man i studien deltagarnas upplevelser gällande den nya lagen och vilka konsekvenser den haft för arbetssituationen, vilket besvarar studiens syfte. Det hade varit intressant att kunna fånga upplevelser och erfarenheter före och efter lagen (SFS 2017:612) trädde i kraft men då författarna hade en hypotes om att många arbetsterapeuter byter arbetsgivare för att höja sina löner, hade en sådan studie varit svår att genomföra. Longitudinella studier behövs för att kunna undersöka hur lagen (SFS 2017:612) påverkar professionellas arbetssituation över tid (Kristensson, 2014).

Totalt inkluderades åtta legitimerade arbetsterapeuter i studien, där samtliga deltagare arbetar kommunalt med hemgångar från sjukhus. Att inkludera fler deltagare var något författarna hade i åtanke, men fått avstå på grund av tidsbrist. Fler deltagare hade möjligtvis kunnat bidra till ett rikligare material. Samtidigt menar Malterud (2014) att ett smalt urval inte påverkar studiens överförbarhet, hon menar snarare tvärtom, att för många deltagare kan bidra till att analysen blir ytlig och svår att överskåda. Det är fördelaktigt att deltagarna har olika erfarenheter gällande det undersökta området, samt olika ålder och kön, då detta ger en variation på fenomenet som studeras (Graneheim och Lundman, 2004), men även för att öka tillförlitligheten (Kristensson, 2014). Deltagarna i studien varierade i ålder och arbetslivserfarenhet, dock var det endast en manlig deltagare vilket kan ses som en nackdel. Överlag var det svårt att rekrytera manliga deltagare, vilket kan bero på att arbetsterapi är ett kvinnodominerat yrke. Författarna har reflekterat om det kan ha påverkat resultatet men kommit fram till att det förmodligen inte har gjort det.

För att kunna utföra intervjuerna, begränsades urvalet till att endast rekrytera deltagare från Skåne. Studien reflekterar således endast kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter i Skåne. För att få en mer nyanserad bild av hur lagen (SFS 2017:612) påverkat arbetsterapeuter i Sverige behövs nationella studier, framförallt är det viktigt att i framtida studier studera både öppenvården och slutenvården. Även studier som berör andra professioners upplevelser och erfarenheter kan vara aktuellt då lagen (SFS 2017:612) berör flera olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Föreliggande studie indikerar att även patientperspektiv bör studeras.

Vid rekryteringen användes ett typiskt urval (Kristensson, 2014). Urvalsstrategin tillät författarna att aktivt söka deltagare som ansågs lämpliga att besvara studiens syfte. Något författarna reflekterat kring i efterhand var att Facebook inlägget inte innehöll inklussionskriterierna, vilket resulterade i att en arbetsterapeut exkluderades. Om inklussionskriterierna hade ingått i inlägget hade kanske inte problemet uppstått, samtidigt som författarna hade sparat tid. Två potentiella deltagare valde att avstå då de ansåg att de hade tidsbrist på sina arbeten. Tidsbristen på arbetet tros bero på att det finns ont om legitimerade arbetsterapeuter och det tycks finnas många vakanta tjänster i kommunerna, men även på att arbetsbelastningen varierar från dag till dag. Författarna har resonerat vad den låga

responsen via inlägget kan bero på, en tanke är att arbetsterapeuterna läst inlägget på sin fritid och inte tänkt så mycket på studien utan gått vidare i sitt Facebookflöde. En annan potentiell orsak kan vara tidsbrist på arbetet. Då deltagare via Facebook inlägget var svårrekryterade utfördes ytterligare ett försök att nå ut till potentiella deltagare, detta gjordes genom ett tredje steg. I det tredje steget mailades 33 före detta praktikhandledare,12 svarade och var intresserade av att delta. Eftersom Kristensson (2014) förespråkar geografisk spridning på deltagare, exkluderades sju av dessa. En geografisk spridning ger en fylligare data, där fler upplevelser och erfarenheter lyfts men även konsekvenserna av hur lagen (SFS 2017:612) påverkar arbetssituationen olika utifrån kommunernas resurser. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar studiens tillförlitlighet om deltagarna har olika erfarenheter inom området.

Intervjuguiden bidrog till en struktur på intervjuerna (Kristensson, 2014) något som författarna ansåg viktigt då båda var oerfarna på att intervjua. Intervjuguiden bidrog även till att stärka studiens giltighet (Kristensson, 2014). En pilotintervju utfördes av båda författarna, vilket medförde att författarna fick prova på hur det var att intervjua. Författarnas oerfarenhet av att intervjua trots utförd pilotintervju, kan haft en viss påverkan på intervjuernas kvalité. Det fanns en känsla av att intervjuerna förbättrades i utförandet från första till sista intervjun. Pilotintervjun genomfördes även för att undersöka validiteten i intervjuguiden. Att intervjuguiden täckte det som ville undersökas var viktigt för att få en hög validitet (Malterud, 2014). Samma intervjuguide användes av båda författarna vid samtliga intervjuer, vilket ökade studiens tillförlitlighet (Kristensson, 2014).

Författarna delade upp intervjuerna lika av tidsskäl, nackdelen med att dela upp intervjuerna är att frågorna kan ha ställts på olika sätt. Intervjuernas spelades in på ljudfil, vilket var en fördel då författarna senare kunde gå tillbaka och lyssna på materialet vid transkribering. Det möjliggjorde ett aktivt lyssnande under intervjuernas gång (Kristensson, 2014). Intervjuernas längd varierade och pågick mellan 35-55 minuter. Att intervjuerna varierade i längd anser Malterud (2014) kan bero på hur fort deltagaren talar men även hur uttömmande svaren är. Författarna upplevde att innehållet i intervjuerna var omfattande och att många detaljer framkom. Malterud (2014) menar att en helhet nåtts i materialet när man kan tyda ett mönster i svaren och få nya detaljer uppenbaras, vilket författarna upplevde.

Materialet analyserades utifrån Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Intervjuerna analyserades var för sig, där anteckningar och fynd jämfördes av författarna efteråt för att hitta skillnader och likheter, vilket förstärker studiens tillförlitlighet (Kristensson, 2014). Kristensson (2014) anser att det är en bra teknik för att behandla större texter och för att hitta skillnader och likheter, studiens tillförlitlighet ökade då författarna gjorde detta. Genom att visa exempel på analysprocessen ökade tillförlitligheten ytterligare. Analysen tog längre tid än planerat eftersom författarna upplevde svårigheter i att framställa teman och kategorier som inte överlappade.

7.2 Resultatdiskussion

Resultatet i föreliggande studie bidrar till en ökad förståelse för kommunanställda arbetsterapeuters arbetssituation efter lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612) trädde i kraft. Deltagarna uttrycker en förändrad arbetssituation, och till viss del ökad stress, som till stor del grundar sig i kommunikationsbrister mellan vårdinsatserna men även i brist på resurser i form av hjälpmedel. Studien belyser även att deltagarna upplever brister vid patienternas övergång från slutenvården till kommunen, som ett resultat av den nya lagen. Studien visar också att patientens delaktighet upplevs ha minskat med den nya lagen och att patientens säkerhet sätts på spel.

Deltagarna i studien upplever en förändrad arbetssituation, med en viss känsla av ökad stress till följd av att det ställs högre krav och att resurserna brister. Deltagarna beskrev att lagen (SFS 2017:612) medfört ett annat arbetssätt, med krav på ökad tillgänglighet och flexibilitet hos deltagarna. Stress kan beskrivas som en fysiologisk reaktion av yttre omständigheter som har en negativ inverkan på hälsan (Baily & Clarke, 1992). Deltagarna beskriver att stressfaktorn är en följd av att arbetet ska utföras snabbare och att alla instanser i vården inte är anpassade till den nya lagen. En tidigare studie som undersökt arbetsrelaterad stress hos arbetsterapeuter i Sverige styrker att tidsbrist och bristande resurser är faktorer som bidrar till en känsla av ökad stress (Lloyd & King, 2001). De bristande resurserna deltagarna upplever är att alla instanser inte är anpassade till lagen (SFS 2017:612), exempelvis skildes hjälpmedelsförsörjningen åt mellan kommunerna, vilket ger de olika kommunerna olika

förutsättningar att utföra arbetet. Eftersom hjälpmedel är en viktig faktor som kan bidra till att patienterna kan utföra dagliga aktiviteter (Brandt & Jensen, 2014) är den bristande hjälpmedelsförsörjningen ett hinder, som påverkar deltagarnas förutsättningar att ta hem patienterna på ett säkert sätt. Genom att studien belyser upplevda brister i vården bidrar den till en ökad förståelse för deltagarnas arbetssituation. Genom att belysa brister i arbetssituationen kan man aktivt arbeta för att motverka dessa (Sveriges arbetsterapeuter, 2018), vilket bör ligga i arbetsgivarens och politikernas intresse.

Innan patienten skrivs ut från slutenvården, görs en kartläggning av patientens nuvarande tillstånd och fortsatta vårdinsatser. Kartläggningen görs genom bedömningar utförda av olika professioner i vården. Kartläggningen ger de kommunanställda en bild av hur rehabiliteringen utvecklats och patientens eventuella behov vid hemgång (Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2018). Deltagarnas erfarenheter i föreliggande studie visar att bedömningarna från slutenvården varierar i kvalité och ofta är bristande. De bristande bedömningarna beror på dålig uppdatering och att den kan ha utförts av andra professioner till följd av att arbetsterapeuter inte är representerade på alla avdelningarna. Att andra professioner utför de arbetsterapeutiska bedömningarna anser författarna är ett problem. Arbetsterapi är en skyddad yrkestitel, det betyder att endast legitimerade arbetsterapeuter får utöva yrket (Jacobson, 2014). Det bör betyda att endast arbetsterapeuter ska göra arbetsterapeutiska bedömningar, vilket föreliggande studie visar inte är fallet. ADL-bedömningar utförs ofta på sjukhusen som bedömer patientens aktivitetsförmåga med hjälp av bedömningsinstrumentet ADL-taxonomin (Törnquist & Sonn, 2016). Bedömningsinstrumentet är tillförlitligt och beprövat, och ett viktigt arbetsterapeutiskt instrument. Problemet med att andra professioner utför ADL-bedömningar kan vara att bedömningen inte utförs korrekt. Andra professioner kanske tror att de kan utföra bedömningen eftersom ADL-taxonomin är lätt för arbetsterapeuter att förmedla till andra professioner. Lloyd och King (2001) fann att personer utanför den arbetsterapeutiska professionen inte har full förståelse för arbetsterapi vilket de tror kan förklara yrkets låga status. Efterfrågan på arbetsterapeutisk kompetens kommer att öka i takt med att medborgarna blir fler och äldre (Wressle & Samuelsson, 2014). Att den arbetsterapeutiska kompetensen behövs, anser författarna att studien visar, vilket även tidigare forskning visat (Sveriges arbetsterapeuter, 2016a). HSL mål är att uppnå en god hälsa och vård på lika villkor för medborgarna (HSL, SFS 2017:30). Att uppnå lika vård för alla känns svårt till följd av att det inte finns tillräckligt många arbetsterapeuter på sjukhusen. Beroende på vilken avdelning och sjukhus, patienterna hamnar på resulterar i om en adekvat

arbetsterapeutisk bedömning görs eller ej. En icke aktuell bedömning resulterar även i dubbelarbete för deltagarna. Föreliggande studie visar att arbetsterapeutisk kompetens behövs och att det idag saknas i tillräckligt stor utsträckning. Med fler arbetsterapeuter inom slutenvården ökar trovärdigheten i sjukhusens kartläggning, vilket underlättar deltagarnas arbetssituation.

Det framkom att deltagarna ofta möter patienter och deras anhöriga i samband med utskrivningen som är frustrerade med känslan av att slutenvården inte sett eller hört de, deltagarna upplever även att patienterna inte känt sig delaktiga i sin vård. Deltagarna har en känsla av att patienterna ibland får reda på att de ska skrivas ut samma dag, vilket upplevs skapa oro hos patienterna. Att patienter inte alltid känner en trygghet när de skrivs ut från slutenvården till sina hem har tidigare studier visat (Boughton & Halliday, 2009). Resultatet i föreliggande studie tyder på att de snabbare hemgångar medför brister i informationsutbytet mot patienten och därmed påverkar patientens delaktighet, vilket drabbar patienten men även de kommunanställda arbetsterapeuterna som möter upp dessa patienter. Enligt HSL (SFS 2017:30) och patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vården bedrivas så patienten kan utöva självbestämmanderätt med respekt för patientens integritet. Det innebär att ge patienten information och göra denne delaktig i vården och de beslut som fattas (SBU, 2017). I Vårdanalys (2017) granskning av patientlagen framkom det att patienternas ställning inte förbättrats. Enligt Ekdahl, Andersson och Friedrishen (2010) är god kommunikation och information till patienten en förutsättning för att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård. Ges inte dessa förutsättningar motverkas patientens delaktighet. Får patienten vara aktiv i vården förbättras hälsan och patientens vårderfarenhet (SBU, 2017). Genom att arbetsterapeuten följer en processmodell, exempelvis OPTIM arbetar denne klientcentrerat och inkluderar patienten i sin vård, vilket är centralt inom arbetsterapi(Fisher, 2009). Därför är det av största vikt att arbetsterapeuter inte frångår sina processmodeller då de underlättar arbetssättet att arbeta klientcentrerat.

Deltagarna upplever att patientsäkerheten sätts på spel, på grund av att vissa patienter med fortsatt vårdbehov efter utskrivning inte skrivs in i IT-stödet. Erfarenheterna grundar sig i att deltagarna mottagit samtal av patienter som själva ringt och uttryckt ett hjälpmedelsbehov. Författarna anser att detta är ett problem då det tydligt är reglerat i lagen (SFS 2017:612) att den behandlande läkaren ska skriva in patienten, när det inte görs uppstår problem i deltagarnas arbetssituation eftersom patienterna inte blir synliga. Ytterligare ett stort problem

är att patienterna kommer hem i ett sämre skick, där deltagarna upplever att patienterna återinläggs på sjukhus. Hesselink et al. (2012) beskriver att återinläggningar är problematiskt för patienternas lidande samtidigt som det bidrar till att sjukhusets kostnader ökar. Det finns däremot ingen statistik som bekräftar deltagarnas upplevelser om ökade återinläggningar (Vårdanalys, 2018).

8 Slutsats

Resultatet visar en förändrad arbetssituation för de kommunanställda arbetsterapeuterna, med brister i kommunikationen och att alla instanser inte anpassats till lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). Slutenvårdens bedömningar i IT-systemets kartläggning är ibland bristfälliga eller inaktuella eftersom de gjorts flera dagar före hemgång, där patienterna har ett annat status än det som angivits. Deltagarna uttryckte även att patienterna inte upplevs vara lika delaktiga i sin vård. Genom bättre bedömningar och tätare kommunikation antas patientsäkerheten öka. Fler studier behövs hur lagen (SFS 2017:612) påverkar övrig hälso- och sjukvårdspersonal inom kommun och slutenvård, men även patientperspektivet behöver studeras för att öka förståelsen om upplevelser och erfarenheter kring lagen (SFS 2017:612).

9 Referenslista

Baily, R., & Clarke, M. (1992). *Att hantera stress i vården.* Solna: Almqvist & Wiksell.

Boughton, M., & Halliday, L. (2009). Home alone: Patients and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse, 33*(1), 30-40. doi: 10.5172/conu.33.1.30

Brandt, Å., & Jensen, L. (2014). Definition og afgrænsning af hjælpemiddelbegrebet. I Å. Brandt & L. Jensen (Red.), *Grundbog om hjælpemidler – til personer med funktionsnedsættelse* (2 upplaga s. 19-31). København: Hjælpemiddelinstituttet & Munksgaard.

Edvardsson, D. (2010). Inledning. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 15-18). Lund: Studentlitteratur.

Ekdahl, A. W., Andersson, L., & Friedrishen, M. (2010). "They do what they think is best for me." Frail elderly patients´ preferences for participations in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling, 80*(2), 233-240. doi:10.1016/j.pec.2009.10.026

Fisher, A. (2009). *Occupational therapy intervention process model: a model for planning and implementing top-down, client-centred, and occupation-based interventions.* Fort Collins, Colorado: Three Stars Press.

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

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter.* Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

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

Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, *15*(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (SFS 2017:30). Hämtad 2019-01-21 från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Hälso-och sjukvårdsnämnden. (2017). *Remiss. Samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård* (5). Hämtad 2019-01-21 från https://www.skane.se/Public/Protokoll/Hälso-%20och%20sjukvårdsnämnden/2017-05-19/Remiss.%20Samverkan%20vid%20utskrivning%20från%20sluten%20hälso-%20och%20sjukvård/HSN_Beslutsförslag.pdf

Jacobson, D. (2014). *Juridik för legitimerade arbetsterapeuter* (2., [omarb. och utvidgade] uppl). Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kristianstad kommun. (2018). Arbetsterapeut Christina och Maja. Hämtad 2018-09-20 från https://www.kristianstad.se/en/naringsliv-och-arbete/arbete/lediga-jobb/vara-medarbetare/arbetsterapeut-christiana-och-maja/

Kommunförbundet Skåne & Region Skåne. (2018). *Rutin och vägledning för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*. Hämtad 2019-01-21 från https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/kommunsamverkan/mina-planer/styrdokument-2018/rutin-samverkan-vid-utskrivning--reviderad-2018-06-05.pdf

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990:1404). Hämtad 2019-01-21 från Sveriges Riksdags webbplats:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-19901404-om-kommunernas-betalningsansvar_sfs-1990-1404

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad 2019-01-21 från Sveriges Riksdags webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612). Hämtad 2019-01-21 från Sveriges Riksdags webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran_sfs-2017-612

Law, M. & Baum, C. (2005). Measurement in occupational therapy. In M. Law, C. Baum & W. Dunn (Ed.) *Measuring Occupational Performance: supporting best practice in occupational therapy.* (2. ed., p. 3-20). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Law, M. & Mills, J. (1998). Client-centred occupational therapy. In M. Law (Ed.) *Client-centred occupational-therapy* (p. 1-18). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Law, M., Polatajko, H., Baptise, S., & Townsend, E. (2002). Core concepts of occupational therapy. In E.Townsend (Ed.) *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (p. 29-56). Ottawa: CAOT Publications ACE.

Lloyd, C., & King, R. (2001). Work-related stress and occupational therapy. *Occupational Therapy International, 8*(4), 227-243. doi: 10.1002/oti.148

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion* (3., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

McColl, M. & Pollock, N. (2005). Measuring occupational performance using a client-centered perspective. I M. Law, C. Baum & W. Dunn (Ed.) *Measuring Occupational Performance: supporting best practice in occupational therapy.* (2. ed., p. 81-91). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

Ng, S., Chu, M., Wu, A., & Cheung, P. (2005). Effectiveness of home-based occupational therapy for early discharged patients with stroke. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 15*(1), 27-36.

Ottosson, L-G. (1989). *Leva eller överleva? Rehabiliteringens idé och verklighet.* Stockholm: Handikappinstitutet.

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Hämtad 2019-01-21 från Riksdagens webbplats https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Polatajko, H., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. Townsend & H. Polatajko (Eds.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (2. ed., p. 13-36). Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.

Region Skåne. (2017). Remiss. Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård [Beslutsförslag]. Hämtad 2018-09-17 från https://www.skane.se/Public/Protokoll/Hälso-%20och%20sjukvårdsnämnden/2017-05-19/Remiss.%20Samverkan%20vid%20utskrivning%20från%20sluten%20hälso-%20och%20sjukvård/HSN_Beslutsförslag.pdf

Region Skåne. (2018). Fler användare av Mina planer. Hämtad 2018-11-20 från https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/nyheter/nyheter/nya-anvandare-i-mina-planer/

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2015). *Tidig koordinerad utskrivning och fortsatt rehabilitering i hemmiljö för äldre efter stroke.* (SBU-rapport 234). Hämtad 2019-01-21 från https://www.sbu.se/contentassets/3eb446a8565e4c24b26d132703af702f/rehabilitering_stroke_2015.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården.* (SBU-rapport 260). Hämtad 2019-01-21 från https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf

Statens offentliga utredningar. (2015). *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård* (SOU År: 2015:20). Stockholm: Elanders Sverige AB.

Statens offentliga utredningar. (2018). *God och nära vård - En primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Stockholm: Elanders Sverige AB.

Socialstyrelsen. (2017). *Förskrivning av hjälpmedel Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning* (rev. uppl.). (Artikelnr 2016-8-2). Hämtad 2019-01-21 från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20189/2016-8-2.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Habilitering och rehabilitering: Förutsättningar för uppföljningar* (2010-12-20). Hämtad 2019-01-21 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18207/2010-12-20.pdf

Socialstyrelsen. (u.å.). Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2018-09-25 från http://termbank.socialstyrelsen.se/#results

Sveriges arbetsterapeuter. (2016a). Vi måste bli fler. Hämtad 2018-09-24 från https://www.arbetsterapeuterna.se/Tidskriften/2016/Nr-3-2016/Vi-maste-bli-fler/

Sveriges arbetsterapeuter. (2016b). Var jobbar arbetsterapeuter?. Hämtad 2018-09-20 från https://www.arbetsterapeuterna.se/Fakta-om-arbetsterapi/Var-jobbar-arbetsterapeuter/

Sveriges arbetsterapeuter. (2018). *Ett hållbart arbetsliv - ställningstagande.* Nacka: Sveriges arbetsteraputer.

Törnquist, K. & Sonn, U. (2016). *ADL-taxonomin: en bedömning av aktivitetsförmåga*. Nacka: Sveriges arbetsterapeuter.

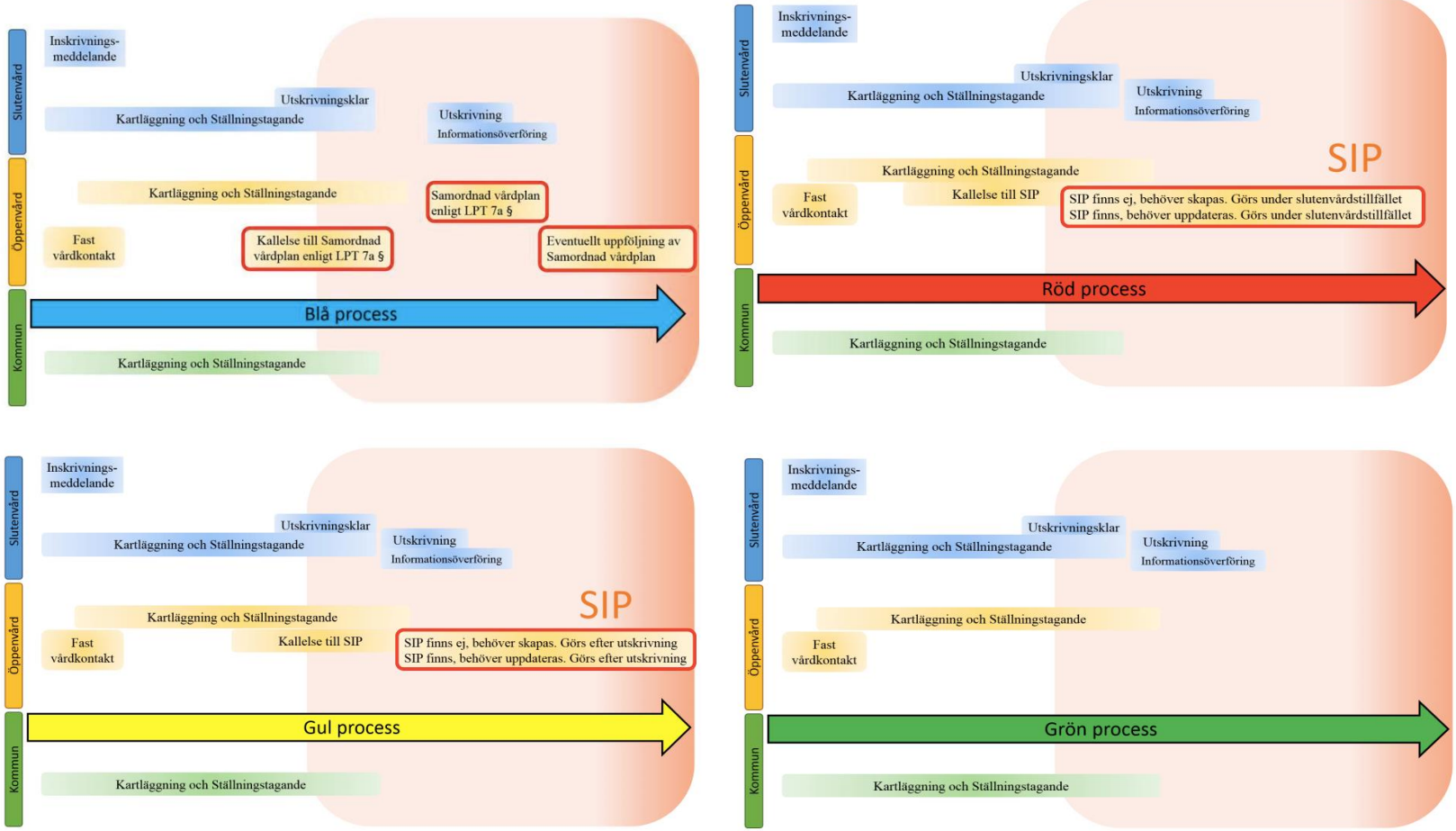
Vårdanalys. (2018). *På väg - delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.* (Rapport 2018:11). Hämtad 2019-01-21 från https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2018/11/2018-11-pa-vag-vf-web.pdf

Vårdanalys. (2017). *Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014-2017.* (Rapport 2017:2). Hämtad 2019-01-21 från https://www.vardanalys.se/rapporter/lag-utan-genomslag/

World Medical Association. (2018). WMA declaration of Helsinki – Etihical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2018-12-17 från https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Wressle, E. & Samuelsson, K. (2014). High job demands and lack of time: A future challenge in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *21*(6), 421-428. doi:10.3109/11038128.2014.941929

[1]Planeringsprocesserna



[1] De fyra planeringsprocesserna som utgår från patientens behov, är framtagen för att underlätta vid utskrivning (Kommunförbundet Skåne & Region Skåne, 2018).

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV TILL
MELLANHAND

Till …….. *namn*

Kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter gällande den nya hälso- och sjukvårdslagen

Vi skulle uppskatta om du som verksamhetsansvarig vill vara behjälplig med att identifiera arbetsterapeuter som lämpar sig för deltagande i ovanstående studie.

Bakgrunden till studien är den nya hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 januari 2018. För att förstå mer om hur kommunanställda arbetsterapeuter resonerar och uppfattar den nya lagen och om/hur den påverkar deras arbetsuppgifter.

Studien kommer att vara en kvalitativ intervjustudie där semistrukturerade intervjuer kommer att ske med arbetsterapeuter i Skåne. Intervjuerna kommer att ske på en tid och plats som passar deltagaren och beräknas ta ca 45 minuter. Intervjun kommer att spelas in på ljudfil, transkriberas ordagrant, och analyseras. De inklusionskriterier vi söker hos deltagarna är: att deltagaren är legitimerad arbetsterapeut och möter upp patienten i hemmet i direkt anslutning till hemgång från sluten vården.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att deltagaren behöver ange varför. Alla namn på deltagare samt verksamheter kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt. Den insamlade datan kommer att förvaras avidentifierad utan åtkomst från obehöriga och kommer efter avslutad studie förstöras. Vi skulle uppskatta om Du vill vara behjälplig med att föreslå 3-4 lämpliga arbetsterapeuter till studien, vi kontaktar de potentiella deltagarna efter att vi mottagit kontaktuppgifterna från Dig.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapiprogrammet vid Lunds universitet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Rebecca Augustsson
Studerande på arbetsterapi-programmet
e-post: *re4731au-s@student.lu.se*

Rebecka Mansouri
Studerande på arbetsterapi-programmet
e-post: *re3825ma-s@student.lu.se*

Handledare
Maya Kylén
Biträdande forskare, leg. arbetsterapeut.
e-post: maya.kylen@med.lu.se

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV TILL STUDIEDELTAGARE

Kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter gällande den nya hälso- och sjukvårdslagen

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie. Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet och är en del av en uppsats på kandidatnivå.

Författarna till studien går sista termin på arbetsterapiprogrammnet i Lund. Med anledning av den nya hälso-och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 januari 2018, vill författarna till studien fördjupa sig i hur den nya lagen påverkat Dig som arbetsterapeut i den kommunala verksamheten och vilka upplevelser och erfarenheter du har kring denna. Detta kommer vi att göra via intervjuer med legitimerade arbetsterapeuter i olika kommuner i Skåne.

För att besvara studiens syfte skulle vi vilja göra en intervju med Dig. En personlig träff för intervju är att föredra men fungerar inte det kan intervjun göras via Skype. Intervjun kommer ske vid ett tillfälle och beräknas ta cirka 45 minuter. Vi kan erbjuder plats för intervjun alternativt att Du själv föreslår plats. Intervjuerna kommer att ske mellan vecka 42 och 43, dag och tid för intervjun bestäms utefter Dina önskemål. Intervjuerna kommer att genomförs av Rebecca Augustsson eller Rebecka Mansouri.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst och förstöras efter det att studien är avslutad.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig kontakta oss på mail till *re4731au-s@student.lu.se eller re3825ma-s@student.lu.se* senast den 12/10-18, samtyckesblanketten lämnas tillbaka signerat vid intervjutillfället.

Den insamlade datan kommer att förvaras avidentifierad utan åtkomst från obehöriga och kommer efter avslutad studie förstöras.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapiprogrammet.

Rebecca Augustsson
Studerande på arbetsterapi-programmet
e-post: *re4731au-s@student.lu.se*

Rebecka Mansouri
Studerande på arbetsterapi-programmet
e-post: *re3825ma-s@student.lu.se*

Handledare
Maya Kylén
Biträdande forskare, leg. arbetsterapeut.
e-post: maya.kylen@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien *Kommunanställda arbetsterapeuters upplevelser och erfarenheter gällande den nya hälso- och sjukvårdslagen.*

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare	*Underskrift av student*
_____	_____
Ort, datum	Ort, datum
_____	_____
Underskrift	Underskrift
_____	_____
Telefonnummer	Telefonnummer

Intervjufrågor:

Bakgrundsfrågor:

Kön?

Ålder?

Vilket år blev du legitimerad arbetsterapeut?

Hur många års erfarenhet har du som legitimerad arbetsterapeut?

Hur länge har du arbetat som arbetsterapeut inom kommunal verksamhet?

Hur många arbetsterapeuter är ni som arbetar i kommunen?

Vilka är dina vanligaste arbetsuppgifter?

Ungefär hur många hemgångar har du i månaden?

Intervjuguide:

Hur ser du på att hälso- och sjukvården styrs på detta sätt genom en lagstiftning?

Upplever du att det finns några vinster med den nya hälso- och sjukvårdslagen?

Finns det delar i lagen du skulle vilja se förändringar i? Varför?

Vilka speciella förutsättningar finns i er kommun som påverkar arbetet?

Upplever du att den nya HSL lagen påverkat ditt arbete och dina arbetsuppgifter? Inneburit förändringar? På vilket sätt?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten bedrivas så att en god vård uppfylls. Upplever du det som att den vård ni ger är jämlik för alla kommuninvånare? På vilket sätt? (Trygghet, kontinuitet och säkerhet). Är det lätt för patienten att få kontakt med dig eller någon annan av dina kollegor som är arbetsterapeut?

Hur ser du på samarbetet mellan sjukhuset/sjukhusen och kommunen, är informationen från sjukhuset tillräckligt omfattande för att kunna påbörja planering av hemgång redan vid inskrivning?

Kan du beskriva ditt arbete från det att patienten skrivs in tills det att ni möter upp i hemmet.

Överensstämmer den planerade dagen för utskrivning överens med verkligheten? Vad tror du påverkar detta?

Hur upplever du att utskrivningsplaneringen fungerar? Vad saknas? Tar man hänsyn till miljön? Vad anser du om att det är få vårdplaneringar som sker på sjukhusen?

Den bedömningen som sjukhuset gjort överensstämmer den med det verkliga rehabiliterings-behovet patienten har i sin hemmiljö? Påverkar det dig som arbetsterapeut och den arbetsprocess du arbetar efter?

Hur upplever du att samarbetet mellan kommunen och privata aktörer fungerar? Hur påverkar det dig?

Vad anser du om möjligheten för patienten att komma hem tidigt, har det någon innebörd för er respektive anhöriga? Upplever du att patienterna är i sämre skick när dem kommer hem jämfört med tidigare (innan lagändringen)?

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten bedrivas så att god vård uppfylls, anser du att en god vård kan upprätthållas med 3 dagars hemgång? Hur förhåller sig andra avtal kommunen gjort till den nya lagen t.ex. avtal med hjälpmedelsföretag? Vad gör ni från kommunens sida när inte hjälpmedlen kommer inom de 3 dagar ni ska ta hem patienten?

Upplever du att patienter hamnar mellan “stolarna”? Kan du utveckla det?

Har vi missat något eller är det något du själv vill tillägga?