

Kollegialt lärande kring vårdplanerings- processen

En lärandeprocess kring vårdplaneringen av och med bi-
ståndshandläggarna i Härnösand, Kramfors, Sollefteå,
Sundsvall, Timrå, Örnsköldsvik och Östersund.

Författare: Eva Rönnbäck, Ingegerd Ljungquist & Malin Jo-
hansson

Rapport: nr 2010:8

ISSN 1653-2414 ISBN 978-91-85613-43-4



Förord

När jag hösten 2007 presenterade den andra kollegialt lärande rapporten för länets kommuner väckte en biståndshandläggare från Sundsvall frågan om möjligheten att göra en kollegiegranskning specifikt för de som arbetar med vårdplaneringar. Jag tyckte det var intressant och kort därefter så startade vi ett nätverk där de handläggare som enbart arbetar med vårdplaneringar på sjukhus ingick. Efter att handläggarna träffats kontinuerligt under ett år och bl.a. gjort besök hos varandra, blev det aktuellt med att börja planeringen för ett mer strukturerat kollegialt lärande. Detta tredje kollegiala lärandeprojekt vid FoU Väster-norrland skiljer sig dock något för de tidigare genom att vi här valde att fokusera på kvalitet och innehåll och de metoder vi använde var observation och intervjuer.

Att observera sina kollegor är inte alltid enkelt och det finns flera fall-gropar och problem. Inte minst att förändra sitt eget perspektiv från tjänsteman och professionell till att vara betraktare och forskare.

Jag ser detta projekt som en viktig lärdom för oss alla och en början på en ny spännande resa inte minst när det gäller att synliggöra och tyd-liggöra den professionella kunskapen. Den professionella kunskapen som är en av tre kunskapskällorna i den evidensbaserade praktiken.

Analysen och sammanställningen av data har Ingegerd Ljungquist och Malin Johansson gjort tillsammans med undertecknad.

Eva Rönnbäck

FoU-chef

Innehåll

1. Inledning	5
Kollegialt lärande som FoU-metod	5
Syftet med denna kollegiegranskning	6
2. Den samlade vårdplaneringen	7
Riktlinjer för länet	8
Lokala riktlinjer och rutiner	8
Några studier om vårdplaneringsprocessen	9
3. Tillvägagångssätt	11
Granskningsområdet	11
Tillvägagångssätt	12
4. Resultat	14
Brukarna	14
Förberedelser inför vårdplaneringen	14
Observationen av vårdplaneringen	16
Brukarens uppfattning	19
Dokumentationen	22
Vad hände efter beslutet	22
Egna reflektioner från observatörerna	23
5. Slutsatser och reflektion	25
Referenser	27
Bilagor	28
Mall för granskning av vårdplaneringsprocessen	28
Östersunds kommuns rutiner	31

1. Inledning

Biståndshandläggarna i länet har sedan början av 2008 haft regelbundna nätverksträffar där syftet har varit att ta del av varandras kunskaper. Gemensamt för sex av länets sju kommuner är att man har särskilda handläggare som enbart arbetar med vårdplaneringar på sjukhuset. På dessa nätverksträffar medverkade även biståndshandläggare från Östersund samt under en period även handläggare från Boden och Luleå. Efter en tids nätverkande bestämdes att göra erfarenhetsutbytet mer strukturerat och eftersom flera hade varit med om och kände till kollegiegranskning som metod så blev det ett naturligt val. Dessutom var det ett önskemål sedan tidigare från gruppen att göra en kollegiegranskning med fokus på vårdplaneringsprocessen.

Denna rapport är en dokumentation kring det arbete som pågått under hösten 2009 och våren 2010.

Kollegialt lärande som FoU-metod

Att lära av kollegor genom att granska och utvärdera arbetet kommer från metoden peer review. Peer review är en metod som i huvudsak används inom akademien för att utvärdera vetenskap. Metoden har i den bemärkelse enbart ett utvärderande och granskande syfte och ses bl.a. som ett sätt att säkerställa en viss kvalitet och relevans på material som ska publiceras i vetenskapliga tidskrifter. Begrepp som är tillämpliga vid peer review är bedömning, kontroll och övervakning. Olika FoU-projekt har utvecklat denna metod och använt den som ett sätt att lära av sina kollegor – därav namnet kollegiegranskning. Kollegiegranskningen har fokus på lärandet till skillnad från peer review som betonar kontroll och övervakning.

En viktig utgångspunkt med metoden är ömsesidighet och dialog. Både den som granskar/studera och den som blir granskad/studerad ska ha tillgång till lärande och utveckling. Därför är det inte enbart själva granskningen i sig som det viktiga utan det är återförandet och återkopplingen kring vad man har sett som är av minst lika stort intresse. Genom att granska varandras verksamhet, arbeten eller arbetsätt med ovan nämnda utgångspunkt synliggörs mycket av de kunskaper som tidigare varit osynliga. Att synliggöra kunskap på detta sätt innebär därför också att den blir öppen för granskning och kritik. Granskningen utgör en förutsättning för återföringen som i sin tur ska ge möjlighet till reflektion och utveckling. För att betona lärandet har vi valt att kalla projektet för kollegialt lärande.

Syftet med denna kollegiegranskning

Syftet med att denna kollegiegranskning eller kollegiala lärande är att vi på ett systematiskt och strukturerat sätt ska ta del av varandras arbete kring vårdplaneringar på sjukhus. Ambitionen är att utveckla en gemensam arbetsmodell för de behovsbedömningar/utredningar som görs i samband med vårdplaneringar vid sjukhusen i de aktuella kommunerna.

De frågor vi valt att fokusera på är:

- Hur ser biståndshandläggarens roll ut i vårdplaneringsprocessen avseende förberedelser, kartläggning av behov samt dokumentation?
- Hur förlöper själva vårdplaneringen – vilka är med, hur aktiva är de medverkande, hur lång tid tar mötet, hur sker informationen och till vem?
- Hur uppfattar brukaren vårdplaneringen?

2. Den samlade vårdplaneringen

Under 1990-talet genomfördes tre stora reformer inom vård och omsorg för att utveckla samverkan mellan de medicinska och sociala verksamhetsområdena. Det var Ädelreformen 1992, Handikappreformen 1994 och Psykiatrireformen 1995. Tanken med Ädelreformen var att samla ansvaret för service och vård av äldre och funktionshindrade hos en huvudman, kommunen. Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, kallad betalningsansvarslagen, infördes som en del av Ädelreformen (Socialstyrelsen & SKL 2007). Syftet med denna lag var bl.a. att kommunerna skulle få ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrevs. Bakgrunden var långa vårdtider inom den somatiska sjukvården. I en proposition (2002/03:20) konstaterades att vårdtiderna minskat efter lagens införande men att samverkansproblem kvarstod och regeringen föreslog vissa ändringar i betalningsansvarslagen. En omfattande kritik rörde uttrycket ”medicinskt färdigbehandlad” som man bl.a. menade inte var tydligt definierad utan kunde påverkas av de tillgängliga resurserna och patienttillströmningen till slutenvården.

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet föreslog att termen ”medicinskt färdigbehandlad” skulle ersättas med ”utskrivningsklar”, och man framförde krav på att en vårdplan skulle upprättas innan betalningsansvaret trädde in. Juli 2003 ändrades betalningsansvarslagen och man anammade det nya begreppet ”utskrivningsklar”. I och med dessa ändringar skärptes även kraven på en gemensam vårdplanering när en patient skrivs ut från slutenvård. Den behandlande läkaren får ett särskilt ansvar både vad gäller inskrivningsmeddelande och bedömning av om patienten är utskrivningsklar.

I samband med lagändringarna beslutade Socialstyrelsen att börja revidera föreskrifterna och de allmänna råden från 1996 (SOSFS 1996:32). Socialstyrelsens huvudsakliga syfte med föreskrifterna är att bevaka patientsäkerheten och lyfta fram kraven på att patienten och de närstående ska vara delaktiga. I december 2005 kom de nya föreskrifterna (SOSFS 2005:27) som i huvudsak gäller samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. I föreskrifterna ställs det bl. a. krav på att vårdplanen och annan väsentlig information ska överföras till de enheter som ansvarar för insatser efter utskrivningen, senast den dag patienten skrivs ut. Viktigt att även patienten ska få denna information vid utskrivningen.

Sammanfattningsvis syftar lagarna och reglerna kring den samlade vårdplaneringen att säkerställa den enskildes rätt till trygghet, delaktighet och inflytande samt att betona kommuners och landstings gemensamma ansvar.

Riktlinjer för länet

Västernorrland har riktlinjer för samverkan mellan kommunerna och landstinget kring den samordnade vårdplaneringen (2006). Liknande riktlinjer finns även i Jämtlands län. Rutiner i Västernorrland innehåller dels definitioner av viktiga begrepp, dels rutiner för hur överföringen av information mellan vård- och omsorgsgivarna ska gå till och vem som har ansvaret för de olika delarna. Ett tillägg till riktlinjerna kom 2007 och handlar om datastödet ”Prator” (2007). Motsvarande stöd i Jämtland heter Meddix.

Lokala riktlinjer och rutiner

Varje kommun har möjlighet att ta fram egna riktlinjer/rutiner. En kommun som har lokala rutiner är Östersund. Dessa rutiner utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitet och ledningssystem för kvalitet i verksamheten (SOSFS 2005:12 och 2006:11) som anger att rutiner och arbetssätt inom verksamheten ska/bör säkerställas:

- Att behovsbedömningar bygger på helhetssyn på den enskildes situation, möjligheter och behov där sociala, fysiska, medicinska, psykiska, och existentiella behov beaktas.
- Att beslut om insatsernas mål, inriktning och omfattning är tydliga och kan förstås
- Att individuella planer upprättas
- Att en systematisk uppföljning av beslut, planer och insatser som berör den enskilde genomförs och dokumenteras samt vid behov omprövas.

I dessa rutiner betonas inledningsvis att brukaren ska beredas ”delaktighet” och att vårdplanen är patientens dokument. Rutinerna innehåller för övrigt vem som har dokumentationsansvaret samt mötesordningen och ansvaret vid själva vårdplaneringen. Mötesordningen slår fast att det är biståndshandläggaren som leder mötet och mötet har också en tydlig struktur.

Flera av kommunerna har också rutiner som är kopplade till en viss insats. Det handlar i huvudsak om korttidsplats. Kramfors har t.ex. rutiner som syftar till ”att tydliggöra samarbete och ansvar för och mellan verkställighet och biståndshandläggare gällande vistelse på korttidsplats efter avslutad sjukhusvistelse”.

Några studier om vårdplaneringsprocessen

Nedan presenteras några tidigare studier kring vårdplaneringsprocessen utifrån två teman.

Biståndshandläggarens roll och uppdrag

Henriksson & Tolfström (2008) har studerat samverkan mellan biståndshandläggare och vårdplanerare (sjuksköterskan på sjukhuset) i Gävleborg och konstaterar att samverkan fungerar överlag bra mellan professionerna. Hon menar dock att det krävs en ökad *tydlighet* kring de båda professionernas uppdrag inte minst av hänsyn till brukaren. Vårdplaneraren förväntar sig att biståndshandläggaren ska informera medan biståndshandläggaren förväntar sig att vårdplaneraren ska vara mötesledare samt redogöra för brukarens hälsotillstånd. Även om de överlag var positiva till hur samverkan fungerar fanns några kritiska åsikter, främst från biståndshandläggaren.

I FoU Sjuhärad's rapport kring Vård- och omsorgsplaneringsmötet (Lidén 2009) framgår att samarbetet mellan de olika verksamhetsföreträdarna har förbättrats. Det finns en ömsesidig respekt mellan olika professioner. Men det finns problem som enligt Lidén bottnar i bristande *kunskap och förståelse* för varandras verksamheter. Kommunens personal menar att det finns en attityd från sjukhuspersonalens sida som visar på en *misstro* till kommunens vilja att ta över vårdansvaret samt att bedöma vilka vårdinsatser som behövs. Detta bekräftas av sjukhuspersonalen som å sin sida uttrycker en misstro mot kommunens förmåga att bedöma och tillgodose patientens behov av vård- och omsorg i hemmet pga. bristande medicinska kunskaper. Sjukvårdspersonalen uttrycker även en frustration över att biståndshandläggaren har en dominant attityd och inte fullt ut tar tillvara den kunskap som sjukhuspersonalen har om patienten.

Ett gemensamt problem som både biståndshandläggaren och sjukhuspersonalen lyfter fram är att vårdplaneringsmötet inte alltid är väl förberett.

Brukaren/patientens delaktighet

Efraimsson (2005) har i sin avhandling studerat vårdplaneringsmötet med fokus på ett antal äldre kvinnor. Hennes studie visar att de kvinnor som var "utsatta" för vårdplaneringen befann sig i en existentiellt svår situation. Detta berördes dock aldrig under vårdplaneringen. Samtalsämnen rörde i huvudsak det fysiska hälsotillståndet, hur rehabiliteringsarbetet hade fortskridit, möjligheter till eftervård samt vilka rutiner som gällde vid utskrivning. Det var de professionella som styrde samtalsämnen och det förekom fackuttryck. Flera av kvinnorna uttryckte ett *utanförskap*. En kvinna upplevde sig som åskådare

under vårdplaneringsmötet. Kvinnorna saknade också tillräckligt med förkunskaper för att vårdplaneringsmötet skulle bli begripligt.

Hur anhöriga upplever vårdplaneringen har Kedborn studerat i en C-uppsats som tyvärr saknar årtal. Men att döma från den litteratur som används så är den från 2009 alternativt 2010. Studien utgår från Antonovskys teorier om KASAM och de bärande komponenterna: *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet*. Enligt författaren kan en väl genomförd vårdplanering bidra till ökad KASAM.

"Jag tolkar det som delaktighet när intervjupersonerna anser att de begrep vad som sades på vårdplaneringsmötet och utifrån det kunde komma med frågor och synpunkter. Detta borde i sin tur påverka deras känsla av hanterbarhet och meningsfullhet under mötet. Att vara delaktig i mötet och försöka påverka besluten anser jag är en form av problemfokuserat coping, som vissa intervjupersoner använde sig av. (Kedborn 2009/10 sid 23)

Men det fanns även exempel på det motsatta. En anhörig gav uttryck för en *uppgivenhet*. Det fanns en önskan att vara delaktig men personen tyckte det vara svårt. Han hade tidigare inte varit med om en liknande situation och mycket kändes nytt och främmande. I stället för delaktighet överlämnade han ansvaret och beslutsfattandet till de professionella.

3. Tillvägagångssätt

Biståndshandläggare som enbart arbetar med vårdplanering antingen ensamma eller i s.k. vårdplaneringsteam har träffats regelbundet sedan 2009. När vi enades kring att genomföra en kollegiegranskning tillsattes en arbetsgrupp som fick uppdraget att planera granskningen mer i detalj. Den utgångspunkt som skickades med till arbetsgruppen var att ha fokus på kvalitet och innehåll. Flera hade varit med om tidigare granskningar där utredningar och beslutsakter studerats utifrån en kvantitativ analysmodell och nu efterfrågades en mer kvalitativ inriktning.

I arbetsgruppen¹ ingick:

Maria Svensson	Örnsköldsvik
Maria Svedin	Sundsvall
Anneli Ahlgren	Östersund
Curt Skoog	Sollefteå
Barbro Hasselryd	Kramfors
Eva Axberg	Timrå
Eva Rönnbäck	FoU Västernorrland

Granskningsområdet

Arbetsgruppen enades kring att fokusera på hela processen, från kallelse till utskrivning och hemgång/alternativt till korttidsboende eller särskilt boende.

Inledningsvis diskuterades om att fokusera på information och kommunikationen. Men efter diskussion enades vi kring att granskningen skulle få en bredare inriktning. Vi beslutade att granskningen skulle belysas ur flera perspektiv. Förutom handläggaren ville vi även brukarens uppfattning. De metoder vi valde att använda blev både *observation* av själva mötet och *intervjuer* med några av de inblandade

Strukturen för granskningen blev följande:

- A. Inför vårdplaneringen – intervju med biståndshandläggaren
- B. Vårdplaneringsmötet – observation
- C. Den enskilde alt anhörigas uppfattning - intervjuer

¹ Härnösand ingick inte i nätverket när arbetsgruppen utsågs.

D. Den vårdplanerade biståndshandläggarens uppfattning om mötet – intervju

E. Dokumentationen – dokumentgranskning

F. Vad hände efter beslutet – intervju med biståndshandläggaren

G. Egna reflektioner från observatören

Tillvägagångssätt

Samtliga biståndshandläggare i de aktuella kommunerna var tänkta att medverka i det kollegiala lärandet. Tyvärr blev det inte så. Någon kommun valde också att helt avstå pga. tidsbrist. I tabell framgår vilka kommuner som medverkade och vilka som granskade vem. De metoder som användes var dels observation av det som skedde i mötet mellan deltagarna i vårdplaneringen, dels intervjuer med handläggaren och brukaren och anhörig.

Tillvägagångssättet kan delas in i fyra delar:

1. Inskaffa kunskap om de förutsättningar som gäller i den kommun man ska besöka. Exempel kring antal ärenden, handledning, kriterier, rutiner och riktlinjer, mallar o dyl.
2. Observera och följa med en kollega i vid mötet på vårdavdelningen. Var och en dokumenterar det som sker utifrån en gemensamt framtagen mall.
3. Intervjua kollega och brukaren och eventuell anhörig
4. Studera dokumentationen.

Granskningsschema

I tabell 1 framgår själva granskningsschemat.

Tabell 1: Vilka kommuner som granskade vem

<i>Till;</i>	<i>Kommer;</i>
Östersund	Örnsköldsvik Sundsvall
Kramfors	Östersund Timrå
Örnsköldsvik	Sollefteå Sundsvall
Timrå	Örnsköldsvik
Sundsvall	Kramfors Örnsköldsvik Östersund

Av tabellen kan man utläsa att till Örnsköldsvik kom biståndshandläggare från två kommuner – Sollefteå och Sundsvall.

Analys, rapportering och resultat

Resultatet redovisas och analyseras inte på kommunnivå. I stället handlar det om att utifrån allt insamlat material analysera och dra lärdom av hela vårdplaneringsprocessen. Vi kommer gemensamt att söka hitta gemensamma mönster, avvikelser, framgångsfaktorer respektive problemfaktorer. Som stöd för analysen ska vi utgå och använda befintlig forskning och kunskap på området.

En förhoppning är att detta ska resultera i en gemensam dokumentation kring det vi sett och lärt oss samt att vi formulerar en gemensam arbetsmodell för hur processen ska se ut och dokumenteras.

4. Resultat

Redovisningen av det som observerats sker utifrån samma struktur som användes vid själva observationen och den enkät som varje biståndshandläggare fyllde i.

- A. Inför vårdplaneringen – intervju med biståndshandläggaren
- B. Vårdplaneringsmötet – observation
- C. Den enskilde alt anhörigas uppfattning - intervjuer
- D. Den vårdplanerade biståndshandläggarens uppfattning om mötet – intervju
- E. Dokumentationen – dokumentgranskning
- F. Vad hände efter beslutet – intervju med biståndshandläggaren
- G. Egna reflektioner från observatören

Brukarna

Totalt gjordes 19 observationer av vårdplaneringar i hela länet. Av dessa var kvinnorna i majoritet, elva av dessa vårdplaneringar rörde kvinnor och sju män. I ett ärende noterades inte kön Detta får som följd att summan inte alltid stämmer i tabellerna. Medelåldern bland brukarna var 81 år och den yngsta var 69 år och den äldste 94 år. I genomsnitt tog vårdplaneringen 48 min, med en spridning mellan 30 min till 85 min.

Förberedelser inför vårdplaneringen

Under denna rubrik återfinns data kring hur biståndshandläggaren har förberett sig inför vårdplaneringen.

Inför vårdplaneringen förberedde biståndshandläggaren sig i huvudsak genom att gå igenom kallelsen och vårdplanen. I de fall de fanns en tidigare utredning så lästes även den (tabell 2).

Tabell 2: Förberedelse/inläsningar som gjort av biståndshandläggaren

	<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	<i>Totalt²</i>
Kallelse	7	11	19
Vårdplan	7	11	19
Tidigare utredning	5	5	11

De kontakter som biståndshandläggaren tog inför vårdplaneringsmötet var framförallt med utförarna och med personal på sjukhuset. I drygt hälften av ärendena hade biståndshandläggaren redan tidigare en kännedom kring den äldre och dennes situation.

Tabell 3: Kontakter inför vårdplaneringen

	<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	<i>Totalt</i>
Utförarna	1	2	3
Sjukhuset	1	3	4
Primärvården	0	2	2
Brukaren	0	0	0
Anhöriga	0	1	1
Annan	0	1	1
Tidigare kännedom	4	5	10

De flesta brukarna var som redan nämnts kända hos biståndshandläggaren. Elva av dem hade haft insatser tidigare och sju hade pågående insatser. En tredjedel av brukarna hade dessutom varit med om en vårdplanering det senaste halvåret.

Tabell 4: Uppgifter/kunskap om brukaren

	<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	<i>Totalt</i>
Haft tidigare insatser	5	5	11
Har pågående insatser	4	3	7
Vpl det senaste halvåret	3	3	6

Den vanligaste orsaken till att brukaren blev inskriven på sjukhuset var att de råkat ut för en fallolycka eller hade en sjukdom som krävde sjukhusvård.

Tabell 5: Orsak till sjukhusvård

	<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	<i>Totalt</i>
Fallolycka	3	5	8
Nedsatt allmäntillstånd	1	0	2
Sjukdom/ar	2	5	7
Förvirringstillstånd	1	0	1
Övrigt	0	1	1
Totalt	7	11	19

Observationen av vårdplaneringen

I detta avsnitt beskrivs de observationer som kollegorna gjorde. Det som tas upp är vilka som medverkat och deras aktiviteter samt vilka uppgifter som biståndshandläggaren samlar in kring brukarens behov.

Biståndshandläggaren och brukaren, med ett undantag, var de som var med under hela vårdplaneringen (se tabell 6). Det var även vanligt att anhöriga och avdelningssköterskan var med. Distriktssköterskan var

endast med i hälften av ärendena och sjukgymnaster och arbetsterapeuter var med tre respektive sex ärenden. Hälften av dessa var i Östersund där man har kommunalt anställda sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Tabell 6: Medverkande vid vårdplanering

	Hela tiden	Del av tiden	Inte alls	Totalt
Brukaren	18	1		19
Make/maka	4	1	14	19
Annan anhörig	13	1	5	19
Biståndshandläggaren	19			19
Avd sköterska	12	5	2	19
Annan sjukvårds personal	1	1	17	19
Distriktssköterska	7	2	10	19
Kommunal sjukgymnast/arbetsterapeut	2+2	1+1	15+15	18+18 ³
Landstinget sjukgymnast/arbetsterapeut	1+4	1+1	16+13	18+18 ⁴
Annan	3	1	15	19

En viktig del i biståndshandläggarens uppdrag är att informera såväl brukaren som andra. Detta skedde också i ungefär hälften av fallen. Innehållet i informationen handlande dels om syftet med vårdplaneringen, dels om vad socialtjänsten kan erbjuda.

När det gäller själva *ansökan* om hjälp var det i elva fall den enskilde själv som uttalade vad han/hon önskade. I fem fall var det anhöriga

³ I en av observationerna saknades uppgifter om kommunens sjukgymnast och/eller arbetsterapeut var med.

⁴ I en av observationerna saknades uppgifter om landstingets sjukgymnast och/eller arbetsterapeut var med.

som antingen helt själv eller tillsammans med brukaren uttryckte vilken hjälp som önskades.

Tabell 7: Vem uttalar ansökan?

	<i>Man</i>	<i>Kvinna</i>	<i>Totalt</i>
Den enskilde själv	4	7	11
Anhöriga	1	2	3
Den enskilde och anhöriga	1	0	2
Professionella	1	0	1
Enskilde/anhöriga/professionella tillsammans	0	1	1
Anhöriga och professionella	0	1	1
	7	11	19

En central del i denna observationsstudie var att studera vilka behovsområden som biståndshandläggaren tog upp och ställde frågor kring. I stort sett alla de livsområden som ingår i FoU Västernorrlands kartläggningsinstrument⁵ togs upp, även om långt ifrån skedde i alla ärenden. Personlig hygien, fysisk hälsa och matsituationen var de områden som berördes i de flesta fall. Minst förekommande var frågor kring psykisk hälsa, kommunikationer samt service/utbud. De två sistnämnda områdena tillhör kategorin resurser i närmiljön (se tabell 8).

⁵ Västernorrlands biståndshandläggare medverkade i ett utvecklingsprojekt 2005-2006 och ett av resultaten var att de tog fram ett stöd i utredningsarbetet. Ett kartläggningsinstrument utvecklades innehållande 16 olika behov/livsområde. Inom ramen för projektet utvecklades även en gemensam dokumentationsmall.

Tabell 8: Uppgifter som tagits med i kartläggningen

	Man	Kvinna	Totalt
Person/nätverk	2	6	8
Bostadsstandard	2	7	9
Hemmets skötsel	3	6	9
Hjälpmedel	2	6	9
Klädvård	1	7	8
Framkomlighet och kommunikationer	2	9	11
Service/Utbud	0	3	3
Matsituationen	4	8	13
Fysisk hälsa	4	9	14
Psykisk hälsa	1	3	4
Kognitiv hälsa	0	9	9
Kommunikation	0	7	7
Personlig hygien	6	10	17
Livsstil	2	8	10
Trygghet	3	7	10
Säkerhet	1	7	8
Ekonomi/administration	2	4	6

Brukarens uppfattning

Här har granskarna intervjuat brukarna alternativt den anhörige för att få dennes bild av vårdplaneringen.

Information

De intervjuade upplever sig ha fått den *information* som de behövde och säger sig också ha fått ett gott *bemötande*.

Det var ett bra möte, där man fick prata om det man vill. Om hur man vill ha det när man kommer hem”.

Själva tillvägagångssättet upplevs dock ibland som något byråkratiskt och att det var krångligt och besvärligt att få hjälp, det var mycket frågor om vad ”jag” klarade. Brukaren anser att det skulle vara enklare att få hjälp då man avser sig behöva. Det skulle inte behöva bedömas.

En annan brukare upplevde mötet som ett måste för att han skulle få lämna sjukhuset.

Brukarna och deras anhöriga säger att till största delen fått information innan vårdplaneringen om att den ska äga rum. När de fick denna information varierar mellan en dag till flera dagar innan. Den information som de fått var att det ska hållas ett möte där syftet var att planera inför hemgång, framtida vårdbehov samt datum, tid och medverkande. En del upplever dock att de fått för lite information eller inte rätt information. Uppgifter kring vad som saknades finns dock inte noterat.

De flesta fick informationen av sjuksköterskan på avdelningen. En del har fått den via anhöriga.

Delaktighet

De flesta av de intervjuade upplever att de har blivit lyssnade på och att de medverkade på mötet var intresserade av den enskildes situation. En brukare säger:

Bra, jag pratar mycket, men jag kände att jag fick tid att berätta och ställa mina frågor.

Hälften av brukarna uppgav att de *inte* visste vilken roll och vilket uppdrag de olika medverkade vid vårdplaneringen hade. Vid dessa vårdplaneringsmöten var det distriktsköterska, biståndshandläggare och sjuksköterskan, hemtjänstpersonal som deltog (granskarnas anmärkning).

Inför hemgång från sjukhuset sa de flesta att de kände sig trygga och att de kände en glädje. De kände även sig nöjda med beslutet.

Jag är glad, ingen oro, är inte så som person.

Jag är glad och nöjd och längtar hem till katten.

Någon enstaka kände dock en oro och ansåg sig inte redo för hemgång. En brukare kände även en oro som kring sin sjukdom. Även några närstående uttryckte en oro inför att den anhörige ska skrivas ut.

Biståndshandläggarens uppfattning

Överlag upplever biståndshandläggaren att vårdplaneringarna fungerade bra. Det var bra och tydlig struktur på mötet och det var tydliga roller bland de medverkande professionerna.

En handläggare upplevde att vårdplaneringen skedde vid felaktig tidpunkt eftersom brukaren inte var medicinskt färdigvårdad vid tillfället.

Några av biståndshandläggaren upplevde dock vårdplaneringen som ostrukturerad och svår, då brukaren inte kunde hålla tråden eller på grund av brukarens nedsatta minnesfunktioner och på grund av dålig hörsel.

De flesta biståndshandläggare ansåg att de fick en bra uppfattning av hjälpbehovet. De som ansåg att de inte fick detta hänvisades till svårigheten hos brukaren att själv beskriva sitt hjälpbehov.

Det man till största delen säger sig sakna uppgifter om är kring hemmiljön, hur behoven såg ut innan sjukdomen, vad brukaren klarar av själv samt medicinska behov.

En biståndshandläggare säger ”Saknar viss information från sjukvårdspersonalen”. Detta tror handläggaren kan bero på att den som är med från sjukhuset inte har helhetsbilden över brukarens behov. De uppgifter som biståndshandläggaren säger sig sakna påverkar dock inte beslutsfattandet.

Alla biståndshandläggare svarade också att de kände sig trygg inför beslutsfattandet i det aktuella ärendet. Fyra av handläggarna fattade dock inga beslut vid vårdplaneringen av olika anledningar. Bl.a. stämde inte de lokala riktlinjerna överens med den bedömning av hjälpbehovet som handläggaren gjorde (korttidsvistelse) och hon behövde rådgöra med chef. I ett fall fanns ingen ansökan

Efter det att vårdplaneringen är avslutad justerar biståndshandläggaren vårdplanen och påbörjar dokumentationen i socialtjänstakten. Därefter skickas en beställning till verkställare. Alla de undersökta kommunerna har liknande rutiner efter att vårdplaneringen avslutats.

Dokumentationen

En fråga som granskaren ställde till dokumentationen var om den dokumenterade utredningen speglade det som skett i vårdplaneringsprocessen. Granskarna ansåg att sex av akterna inte helt överensstämde med vad som hände eller vad aktörerna sagt under vårdplaneringen.

Granskarna saknade inte några uppgifter kring den enskilde och dennes behov eller funktionsnedsättning. Det som saknades var uppgifter kring den information som lämnades vid planeringen. Det handlade om vart den enskilde kan vända sig om de vill ändra insatser, att hembesök skulle göras av sjukgymnast och arbetsterapeut och ”andra aktörers roller”. I ett fall saknades även de frågor som den anhörige ställde om korttidsplats.

Det förekom även nya uppgifter av dokumentationen som enligt granskaren inte omnämndes vid vårdplaneringstillfället. Det handlade dels om tidigare kända uppgifter eller uppgifter som tillkommit efter vårdplaneringen och rörde i huvudsak hälsotillståndet.

Vårdplaneringsbeslutens varaktighet varierar från två veckor till en månad. De flesta av kommunerna har fyra veckor. Därefter görs en uppföljning och en mer utförlig utredning av ordinarie handläggare för området där brukaren är bosatt.

Vad hände efter beslutet

Vad som hände efter det att biståndshandläggaren lämnat ifrån sig beslutet tills det att beslutet verkställs är uppdelad efter *tid och olika aktörer*.

Tid - Dokumentation sker samma dag eller dagen efter. I vissa av kommunerna är det områdeschefen som avgör när personen kan komma hem och i några avgörs detta i samråd med sjukhuset. Beslutet verkställs när personen skrivs ut.

I de fall beslutet rör korttidsboende har boendesamordnaren (inte i alla kommuner) i uppdrag att verkställa beslutet när plats på korttidsboende finns tillgängligt. Beslutet gäller från utskrivningsdatum.

Inblandade *aktörer* - Dessa är inblandade efter att beslut är fattat till att verkställighet sker:

– Områdeschef

– Enhetschef

- Boendesamordnare
- Hembiståndshandläggare
- Sjukhuspersonal

Egna reflektioner från observatörerna

Avslutningsvis fick granskaren lämna egna reflektioner kring sin medverkan och vad de hade sett.

Vårdplaneringsmötet upplevs som byråkratiskt. Det behöver vara mera lättfattlig och vardaglig information. Informationen till den enskilde och anhöriga fungerar bra, dock borde alla få lika information inför en vårdplanering. Hur kan vi påverka Landstingets information till den enskilde när det gäller vad som ska informeras och när? I våra nätverksträffar ska vi kanske poängtera detta.

Tydligare presentation av de medverkande och deras roller. Det finns ett högt förtroende av professionella från brukare och anhöriga. Bemötandet var gott!

Handläggarna bör ta tillvara andra professionellas kunskaper bättre och synliggöra det i utredningen.

Biståndshandläggaren har en god uppfattning av hjälpbehovet genom vårdplaneringen. Har reflekterat över att vi alltid kan bli bättre och på att låta den enskilde "ta större plats" under vårdplaneringsmötet, då det i vissa fall händer att anhöriga eller andra aktörer tar över den enskildes talan.

Kartläggningen är viktig. Trots att det inte alltid framkommer uppgifter om hemmiljö/tidigare behov m.m. påverkas inte beslutsfattandet. Handläggarna känner sig ändå trygga i sitt beslutsfattande.

Undersökningskommunerna har liknande rutiner överlag vad det gäller beställning av biståndsinsatser till verkställaren. I några kommuner har sjukhus och verkställare kontakt före hemgångs datum.

Handläggarna kan behöva bli bättre på att se vilka uppgifter/förhållanden som är relevanta för den aktuella utredningen och använda nutid i dokumentationen. Är alla ny tillkomna uppgifter relevanta i denna utredning för att personen ska kunna återgå till hemmet.

Ett gemensamt kartläggningsinstrument enbart för vårdplaneringar?
Bör det finnas rubriker kring andra professioners utsago. Bör vi ta
tillvara andra professioners kunskaper om den enskildes behov
bättre och synliggöra detta i utredningen?

5. Slutsatser och reflektion

Det finns många likheter i agerande från biståndshandläggarens sida, vilket kanske inte är särskilt förvånande då huvuddelen av biståndshandläggarna kommer från samma län. Nedan sammanfattas några punkter:

- Det finns en samsyn från biståndshandläggarna kring hur vårdplaneringsprocessen genomförs och uppfattas.
- Biståndshandläggaren tillsammans med brukaren/anhörig de enda som är med under hela vårdplaneringen.
- De vanligaste behovsområdena som tas upp i kartläggningen är personlig hygien, fysisk hälsa, matsituationen, framkomlighet, livsstil och trygghet.
- De minst vanligt förekommande behovsområden är service/utbud samt psykisk hälsa.
- Brukarna är generellt sett nöjda men fortfarande uppfattas av vissa vårdplaneringen som diffus och otydlig.

Några avslutande reflektioner

När resultaten presenterades för biståndshandläggarna diskuterade följande frågeställningar;

Kan biståndshandläggarens roll bli tydligare och på vilket sätt?

Behövs en särskild kartläggningsmall för vårdplaneringar?

Hur klarade vi av att vara betraktare? Klarade vi av att kliva ur vår yrkesroll och vara en betraktare utifrån? Vad har vi sett? Har vi missat något?

När det gäller den första frågan så var gruppen enig kring att biståndshandläggarna behöver bli tydligare kring rollen och uppdraget. En av handläggarna berättade att hon alltid visar kartläggningsinstrumentets framsida det s.k. ”*pusslet*” för brukaren. Det är ett sätt att synliggöra vad samtalet ska handla om och man öppnar också upp för frågor kring utredningens syfte. Pusslet kan säkert också vara en ”ögonöppnare” för andra professionella aktörer.

Funderingen kring att ta fram ett särskilt kartläggningsinstrument enbart för utredningar vid sjukhus kändes efter denna granskning inte särskilt aktuellt. Vi var eniga kring att kartläggningsinstrumentet

också är användbart vid utredningar som startar på sjukhuset. Arenan kanske inte spelar en avgörande betydelse utan det är som i alla övriga fall, att det är handläggaren som utifrån brukarens ansökan och behov väljer att ställa de frågor som bedöms nödvändig för sitt ställningstagande.

Det som däremot väcker en fundering är den reflektion som ”observatörerna”, dvs. de granskande biståndshandläggarna, gjorde kring hur de andra professionernas kunskap tas tillvara i utredningen. En fundering var om vi borde blir tydligare i utredningen kring vad andra professionella säger. Eftersom vårdplaneringens själva syfte är att i samverkan mellan olika huvudmän och olika professioner ge den äldre stöd och hjälp vid utskrivning, borde detta vara självklart. Detta är något som inte behöver förändra själva kartläggningsstödet utan snarare något som kan kopplas till dokumentationen och dokumentmallen. Denna fråga kan gruppen ta med sig och utveckla vidare.

Den sista reflektionen rörde vår förmåga att ”kliva” ur handläggarrollen och anta betraktarens perspektiv. Gruppen var enig kring att det kanske inte är så lätt byta perspektiv. Det troliga är att biståndshandläggarna granskade processen med sina ”biståndshandläggarglasögon”. Den förförståelse och kunskap som handläggarna har kring vårdplaneringar bidrog sannolikt till att förstå och tolka även det som inte blev klart uttalat. En novis och ovan betraktare hade förmodligen inte sett samma sak.

Trots detta så menar biståndshandläggarna att deras medvetenhet kring såväl sin egen yrkesroll som om brukarens perspektiv ökat. Detta leder i sin tur till nya frågor och utvecklingsarbeten. Detta arbete kan därför ses som ytterligare en kunskapsbit på väg mot en tydligare och starkare professionalitet.

Referenser

Efraimsson, E. (2005). Vårdplaneringsmötet. En studie av det institutionella samtalet mellan äldre kvinnor, närstående och vårdare. (Akad avh) Umeå universitet.

Henriksson, M& Tolfström, J. (2008). Samverkan mellan biståndshandläggare och vårdplanerare i Gävle kommun och Landstinget Gävleborg. C-uppsats i Sociologi vid Högskolan i Gävle

Kedborn, R (200?) ”Döttrarna ställer upp när man blir gammal”. En kvalitativ studie om anhörigas upplevelser av vårdplaneringen. Inst för socialt arbete vid Göteborgsuniversitet.

Lidén, E. (2009). Vård- och omsorgsplaneringsmötet – erfarenheter ut ett tvärvetenskapligt perspektiv. Högskolan i Borås.

Ring, R-M, (2005). Vårdplanering – det goda mötet? Rapport om ett utvecklingsprojekt i Dalarna. Dalarnas forskningsråd, Falun.

Rönnbäck, E (2002) Kollegialt lärande. Rapport 2003: FoU Västernorrland.

Rönnbäck, E. (2007). Kollegialt lärande. Rapport 2007: FoU Västernorrland.

Rönnbäck, E. (2009). Att ta makten och ansvaret för sin biståndsutredning. Rapport 2009: FoU Västernorrland.

Socialstyrelsen & SKL 2007. Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Undersökning 2007

Proposition ”Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet” (2002/03:20)

Bilagor

Mall för granskning av vårdplaneringsprocessen

A. Förberedelser inför vpl (frågor till biståndshandläggaren)

Hur ser dina förberedelser ut?

Vilka kontakter har du tagit?

Vad vet du om den som du ska träffa?

Hur har du fått den informationen?

B. Vårdplaneringen (observationen)

Datum: Starttid: Sluttid:
.....

Kön: Man Kvinna Ålder: Initialer:
.....

Tidigare insatser Ja Nej
Pågående insatser Ja Nej
VL:s de senaste sex månaderna Ja Nej

Bakgrunden/anledningen till att den enskilde är på sjukhus?

Medverkande

Medverkande (ange relation eller profession)	Hela tiden	Del av tid
<input type="checkbox"/> Den enskilde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Make/maka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Övrig närstående/anhörig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avdelningssköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annan sjukvårdspers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Distriktsköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sjukgymnast (kommunal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut (kommunal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sjukgymnast (landsting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arbetsterapeut (landsting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vem leder mötet?

Vem ställer frågorna?

Vilken information lämnar/ger biståndshandläggaren till den enskilde?

Vilken information lämnar/ger biståndshandläggaren till andra aktörer? (ange vilken information och till vem)

Vad är den enskildes egna önskemål/begäran? Och vem uttrycker detta?

Kartläggningen

Behovsområden	Vem som svarar			
	Enskilde	Anhörig	Sjukvårdspersonal	Annan
Person/familj/nätverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bostad/hushåll				
- standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hemmets skötsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klädvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hjälpmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Närmiljö/omgivning				
- framkomlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kommunikationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Service/utbud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matsituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitiv hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rörelse/förflyttning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personlig hygien/klädsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktiviteter/intressen/livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säkerhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekonomi/administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uppskatta om fokus på kartläggningen legat på:

Brister och problem			Resurser/möjligheter			
1	2	3	4	5	6	7

Hur uppskattar du den enskildes delaktighet i kartläggningen

Inte alls delaktig			Helt delaktig			
1	2	3	4	5	6	7

Bedömning och beslut

Gjordes någon sammanfattning, hur gjordes den och i så fall av vem?

Fattades ett beslut? Ja Nej

Uppfattade du att den enskilde förstod beslutet och skälen?

C. Den enskilde alternativt anhörige

Vad uppfattade du av det som skedde?

Fick du information innan mötet, av vem och vilken information fick du?

Hur uppfattade du att de lyssnade på dig?

Vet du vilka de olika medverkande var och deras uppgift?

Hur känner du dig inför utskrivningen?

D. Biståndshandläggaren (frågor till vpl-handläggaren)

Hur uppfattade du vårdplaneringen?

Fick du en bra uppfattning av hjälpbehovet?

Saknar du några uppgifter?

Känner du dig trygg i ditt beslut alternativt inför ditt beslutsfattande?

Vad gör du nu efter vpl är gjord?

E. Dokumentationen (granskarens uppfattning)

Speglar den dokumenterade utredningen den som skett i vpl-processen?

Saknas uppgifter som diskuterade/framkom och i så fall vilka?

Finns nya/andra uppgifter med som inte framkom och i så fall vilka?

Beslutets varaktighet?

F: Efter beslutet

Vad händer efter det att biståndshandläggaren lämnat ifrån sig beslutet tills det att beslutet verkställs? Tid, olika aktörer, omprövning mm.

G: Egna reflektioner kring hela processen

Östersunds kommuns rutiner



Gäller fr.o.m.

2009-10-02

Senast reviderad.

2009-10-02

Rutin för vårdplanering vid utskrivning från sjukhuset **Styrdokument**

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOSFS 2005:12 och socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL och LSS SOSFS 2006:11 anger att rutiner och arbetssätt inom verksamheten ska/bör säkerställa

- Att behovsbedömningar bygger på helhetssyn på den enskildes situation, möjligheter och behov där sociala, fysiska, medicinska, psykiska, och existentiella behov beaktas.
- Att beslut om insatsernas mål, inriktning och omfattning är tydliga och kan förstås
- Att individuella planer upprättas
- Att en systematisk uppföljning av beslut, planer och insatser som berör den enskilde genomförs och dokumenteras samt vid behov omprövas.

Vårdplanering inför utskrivning

Vårdplanering inför utskrivning från sjukhuset genomförs utifrån brukarens olika behov av fortsatta och/eller nya insatser av hemtjänst/hemsjukvård. Som administrativt stöd vid vårdplanering används Meddix. Meddix möjliggör en kommunikation mellan berörda parter i vårdplaneringen. Vårdplanering kan genomföras i sin helhet i Meddix, via telefon eller genom ett vårdplaneringsmöte på aktuell vårdavdelning.

Vad som beslutas om, genom kommunikation i Meddix, telefonsamtal eller vid fysiskt möte, skrivs in i Vårdplanen som därefter justeras av deltagande parter.

I vårdplaneringsarbetet ska patienten/brukaren beredas delaktighet. Vårdplanen utgör patientens dokumentation på vad parterna har kommit överens om. I den ska det tydligt framgå vem som ska göra vad efter utskrivning från sjukhuset.

Ordinärt boende

- Efter genomförd vårdplanering fattar vårdplaneringsteamets biståndshandläggare beslut om insatser enligt SOL och skriver en insats-

plan/beställning som gäller i högst 3 veckor. Insatsplanen/beställningen förmedlas till enheten. Dokumentation görs i löpande anteckningar. Dokumentation i alla dess delar görs i Procapita.

- Vårdplaneringsteamets distriktssköterska dokumenterar i Procapita under **Händelser journal/Verkställighet/Vårdplanering vid utskrivning från sjukhus**. Externa utförare får information via fax eller telefon.
- För ärendets hantering i Meddix, se nedan.

Särskilt boende med dygnsomsorg, gruppbostad LSS

- Tjänstgörande sjuksköterska/distriktssköterska för boendet ansvarar för vårdplanering enligt ovan samt övrig journaldokumentation enligt HSL
- Vid behov av vårdplaneringsmöte på sjukhuset genomförs denna av personal från boendet.
- För ärendets hantering i Meddix, se nedan.

Mötesordning vid vårdplaneringsmöte på sjukhus

Vid behov kan de som ska delta i vårdplaneringsmöte komma överens om att träffas 10-15 min innan i syfte att få en samsyn gällande planeringen för brukaren.

Biståndshandläggaren leder mötet.

1. Presentation
 2. Syftet med mötet tydliggörs
 3. Nulägesbeskrivning ges av patient och personal på avdelningen avseende medicinska fakta, ADL – förmåga, funktioner och rörelseförmåga. Utgångspunkten skall vara patientens resurser och förmågor och ledas av frågeställningar som " Vad kan du...? " "Vad tror du att du kommer att kunna hemma... ? "
 4. Nulägesbeskrivning av hemsituationen ges av brukare, närstående, samt av personal från hemteamet.
 5. Biståndshandläggaren sammanfattar nuläget tillsammans med övriga och utifrån behov erbjuds möjliga insatser.
- Behandling, träning
 - Hjälpmedel
 - Hemsjukvård
 - Hemtjänst
6. När kan utskrivning vara aktuell
 7. Reflektion vb.

Kollegialt lärande kring vårdplaneringsprocessen

En lärandeprocess kring vårdplaneringen av och med biståndshandläggarna i Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Timrå, Örnsköldsvik och Östersund

Denna rapport beskriver en kollegiegranskning kring vårdplaneringen på sjukhuset med fokus på biståndshandläggaren och den äldre. Den metod som användes var observation och intervju. Totalt genomfördes nitton observationer i fem kommuner. Resultatet visar på en stor samsyn mellan handläggarna kring synen på vårdplanering och även hur dessa genomförs. Det som också framkom var att de äldre inte alltid förstår vad som händer och varför.

Eva Rönnbäck, socionom och fil dr, har under flera år studerat och granskat biståndshandläggningen och har tillsammans med biståndshandläggare i Västernorrland drivit flera utvecklingsarbeten i syfte att stärka den professionella yrkesrollen.

Ingegerd Ljungquist arbetar som biståndshandläggare i Sollefteå kommun. Hon har tidigare medverkat i flera utvecklingsarbeten vid FoU Västernorrland.

Malin Johansson, socionom och biståndshandläggare också hon i Sollefteå kommun

FoU-Västernorrland finansieras av kommunernas socialtjänster i Västernorrland med Kommunförbundet Västernorrland som huvudman. Enhetens uppdrag är att fånga upp ideér och stödja forsknings-, utvecklings- och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten samt att göra dessa tillgängliga för socialtjänstens personal. mer information om FoU Västernorrland finns på www.fouvasternorrland.se