

DIA – Delaktighet I Aktivitet

En metod för brukaren att skatta
upplevelsen av hur aktiviteter kan utföras
och för planering med teamet

Maritha Månsson

DIA – Delaktighet I Aktivitet

En metod för brukaren att skatta
upplevelsen av hur aktiviteter kan utföras
och för planering med teamet

Maritha Månsson

© FOU JÄMT, ÖSTERSUND 2010

ISSN: 1651-7253

FÖRFATTARE: MARITHA MÅNSSON

GRAFISK PRODUKTION: SYRE

TRYCK: MITTUNIVERSITETET, SUNDSVALL, 2010

Sammanfattning

Brukarens delaktighet har varit fokus för detta arbete. En delaktighet i den meningen att brukaren ska uppleva engagemang i sin livssituation och kraften av att kunna styra sitt liv.

Östersunds kommun satsade år 2000 aktivt på rehabilitering i hemmet. Denna satsning har även medfört en organisation i hemteam (22 st.) där utgångspunkten för att bilda ett team har varit hemtjänstgrupper bestående av undersköterskor och vårdbiträden. I varje team ingår även arbetsterapeut, distriktssköterska, sjukgymnast, biståndshandläggare och den person som är chef för hemtjänstens personal. Många utvecklingsarbeten har medfört en tydlighet avseende vilka begrepp som ska användas, vård- och omsorgsplanering som en central aktivitet, struktur över förekommande planer samt att det varit en ständigt pågående dialog om värdet och vikten av tydliga mål i arbetet med brukaren. En värdegrund beslutad av Vård- och omsorgsnämnden har varit ledstjärna genom att den på flera sätt lyfter fram brukarens delaktighet. Trots alla rutiner och riktlinjer som utarbetats har det ändå saknats en metod för att den enskilde behandlaren/utredaren och teamet ska kunna möta brukaren där han/hon upplever hög delaktighet i mötet med professionen och i livet som helhet. Syftet var att mot bakgrund av denna erfarenhet utarbeta en metod där brukaren själv kan skatta sin upplevelse av aktivitetsutförande. Metoden skulle även vara ett stöd för teamet i planering och uppföljning tillsammans med brukaren. Arbetet har pågått under tre år där metoden utvecklats och testats och förändringar skett i dialog med utsedda testteam. Metoden DIA (Delaktighet I Aktivitet) består av ett självskattningsformulär, ett professionellt uppföljningssamtal och Min Plan (brukarens egen plan). Självskattningsformuläret är utarbetat för att brukaren själv ska skatta upplevelsen av hur aktiviteter kan utföras, nöjdheten samt ange önskemål om förändring. Vid det professionella samtalet görs en uppföljning av skattningen eller så genomförs skattningen vid detta tillfälle. Samtalet har under arbetets gång fått allt större betydelse då det möjliggör att metoden kan involvera många fler brukare. Min Plan är slutprodukten som utifrån prioriterade livsområden klargör mål, och behovet av insatser. Fyra testteam provade under flera månader metoden. En enighet har funnits att DIA är ett stöd för att öka delaktigheten och för att ge insatser som stödjer de förmågor som brukaren vill utveckla. En enighet fanns även att metoden kräver en långsiktig och välplanerad introduktion om avsikten är att den ska användas i en verksamhet som helhet. Vi som utarbetat DIA vill genom den skrivning som finns på rapportens sista sida uppmuntra till att prova metoden. Under

alla år vi arbetat har vi kunnat konstatera att ett arbetssätt som stödjer brukarens delaktighet är svårt. Professionen tar alltför lättvindigt över och styr över insatser och talar om vad de ska leda till. DIA kan man inte misslyckas med då metoden i alla dess delar ger ett möte med brukaren där han/hon finns i sina funderingar över livet.

Innehåll

Inledning	9
Individen ska vara delaktig i processen	9
Individens mål ska styra processen	10
Klart formulerade mål i en plan	11
<i>Utveckling av brukarens egen plan</i>	11
Hur kan brukarens delaktighet bättre stödjas?	12
Syfte	13
Utveckling av DIA – Delaktighet I Aktivitet	15
Utveckling av DIA	15
Våren 2006	15
<i>ICF</i>	15
<i>Funktionstillstånd och funktionshinder som modell</i>	16
Hösten 2006	18
Våren 2007	19
Hösten 2007	20
Våren 2008	20
Hösten 2008	20
<i>Möjligheter</i>	21
<i>Svårigheter</i>	22
<i>Fortsatt utvecklingsarbete</i>	22
Våren 2009	23
<i>Implementering</i>	23
<i>Delaktighet</i>	25
<i>Teamarbete</i>	25
<i>Egenansvar</i>	25
<i>Struktur och tydlighet</i>	25
<i>Säkerhet</i>	25
Slutliga DIA	26
Diskussion	29

Referenser	32
Bilaga I: Manual till Delaktighet I Aktivitet.....	33

Kan innebörden i **DELAKTIGHET** uttryckas bättre än med
Sören Kierkegaards ord

Till eftertanke

Om jag vill lyckas
med att föra en människa mot ett bestämt mål,
måste jag först finna henne där hon är
och börja just där.
Den som inte kan det
lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälp andra.

För att hjälpa någon
måste jag visserligen förstå mer än vad han gör,
men först och främst förstå det han förstår.
Om jag inte kan det,
så hjälper det inte att jag kan och vet mera.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan,
så beror det på att jag är fåfång och högmodig och
egentligen vill bli beundrad av den andre i stället för
att hjälpa honom.
All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den
jag vill hjälpa
och därmed måste jag förstå
att detta med att hjälpa inte är att vilja härska,
utan att vilja tjäna.

Kan jag inte detta
så kan jag inte heller hjälpa någon.

Inledning

Östersunds kommun genomförde inför år 2000 en satsning på hemrehabilitering. Den innebar bland annat att det inrättades 22 nya tjänster (17 sjukgymnaster, 5 arbetsterapeuter) och att verksamheten organiserades i hemteam. Varje hemtjänstgrupp bestående av undersköterskor och vårdbiträden kom att utgöra basen för ett team. I varje team ingår även arbetsterapeut, distriktssköterska, sjukgymnast, biståndshandläggare samt den person som är närmaste chef för hemtjänstgruppen.

I samband med Vård- och omsorgsnämndens beslut att satsa på rehabilitering beslutades även om viktiga begrepp och ledstjärnor för verksamheten. Den gemensamma värdegrunden är exempel på detta (Månsson, 2007). I värdegrunden är delaktigheten central. Brukaren ska vara *delaktig i processen* (planering, utförande, uppföljning), *i målformuleringar* samt att det ska finnas *en plan* där aktuell planering framgår. Den gemensamma värdegrunden består av följande delar:

- Individens mål styr processen
- Individens resurser och behov ska vara utgångspunkten
- Individens delaktighet i processen
- Klart formulerade mål i en plan
- Närståendes delaktighet är en självklarhet
- Individens erbjuds kontaktman
- Individens behov styr teamets sammansättning
- Teamet ansvarar för kontinuerlig uppföljning

Värdegrunden har varit en plattform, en utmaning, ett levande dokument som vi haft som utgångspunkt för diskussioner och metodutveckling.

Individen ska vara delaktig i processen

Mycket kan göras för att öka brukarens delaktighet i planering, utförande och uppföljning av insatser. Hur delaktigheten uppnås påverkas av teamets kunskap och syn på den funktionshindrade och/eller äldre människan och värdet av att den enskilde kan fortsätta att styra över sitt liv. Delaktigheten påverkas även av rådande struktur för teamets samarbete, ledningens syn på delaktighet och team-

medlemmarnas möjlighet att samtala om hinder och rädslor som kan finnas när brukaren mer tydligt ska påverka innehållet i sin vård- och omsorg.

Enhetliga begrepp och arbetsmetoder för teamet, med fokus på brukarens delaktighet, är ett stöd till skillnad för om varje teammedlem har sin egen syn och verklighet om hur man arbetar.

Vård och omsorgsplanering är en central aktivitet där teamets insatser planeras och följs upp med utgångspunkt av patientens/brukarens resurser och behov. Utan att det tydligt fastställs att denna planering ska ske tillsammans med brukaren finns det en stor risk att teamet planerar utan att brukaren deltar. Teamets interna möten för planering och uppföljning bör till benämning och innehåll särskiljas från de möten där brukaren aktivt deltar.

Vård- och omsorgsplanering beskrivs i Östersunds kommun enligt följande:

”Med vård- och omsorgsplanering (VOP) avses att ansvariga (enligt SoL och HSL) för patientens/brukarens vård och omsorg *möts* och *tillsammans* med patienten/brukaren, samordnar planeringen av dennes fortsatta vård, omsorg och rehabilitering.

Anhöriga/närstående ska efter samtycke från den enskilde patienten/brukaren ges möjlighet att delta vid VOP.

Kontaktman bör vara utsedd att kunna delta vid VOP.

Deltagande vid VOP ska utgå från patientens/brukarens behov av kompetens för en *trygg* och *säker* planering.”

Individens mål ska styra processen

Inom verksamheter i kommuner och landsting har det under många år diskuterats och pågått metodutveckling för hur team och enskilda behandlare/utredare, tillsammans med patienten/brukaren, ska formulera de mål som ska vara styrande för insatsernas innehåll och utförande. Det första som ska konstateras är att det är svårt. Ett problem är att det är alltför vanligt att det blir professionen som sätter målen. Tyvärr sker detta många gånger utan brukarens vetskap.

Undersköterskornas kritik i studien om vardagsrehabilitering gällande de mål som förekommer är befogad (Månsson 2006). Målen verkar vara standardiserade där likartade formuleringar förekommer för flera brukare. De efterlyser mål som leder dem i arbetet. Olika professioner i teamet kan ha olika mål som varken kommunicerats i teamet eller med brukaren.

En svårighet som brukar komma upp i samband med metoddiskussioner gällande målformulering är realismen i de mål som brukaren uttalar. Behandlaren kan uppleva detta som ett hinder i fortsatta samtal om mål med brukaren. Uppfattningar förekommer även att brukaren inte vill eller kan sätta mål. Här får inte hindret i målarbetet läggas på brukaren.

Det är behandlaren som självkritiskt ska granska hur brukaren tillfrågas om att formulera sina mål med behandling, träning och andra insatser. Hur ställs frågan? Mot vilken grund?

Har behandlare/utredare och brukare samma utgångspunkt när frågan ställs? Behöver målformuleringen vävas in i flera frågor och konstateranden? Varför slutar behandlaren att fråga när brukaren uttalar ett till synes realistiskt mål? Vad säger det om min egen förberedelse inför mötet med brukaren? Hade jag kanske redan tänkt ut det ”rätta” svaret? Brukaren är expert på sitt eget liv och vi som arbetar måste hitta metoder för att utforska och utvidga de berättelser som kommer fram i samtalet (Morgan, 2004).

Av värdegrunden framgår att ”Brukarens mål styr processen.” (Månsson, 2007). Denna formulering kan bli ett hinder om det inte sker en åtskillnad av vad som är ett långsiktigt mål (brukarens mål) och de delmål (tränings-/behandlingsmål) som professionen sätter för att uppnå det långsiktiga målet. Även delmålen ska givetvis kommuniceras med brukaren och övriga i teamet.

Realismen i målformuleringen kan diskuteras i förhållande till det långsiktiga målet och delmålen. Ett långsiktigt ska stå för en strävan över vad som är möjligt. Delmålen däremot ska svara på varför träningen, behandlingen och/eller hemtjänstinsatserna utförs på ett speciellt sätt.

Klart formulerade mål i en plan

Inom verksamheter för vård- omsorg och rehabilitering förekommer en mängd benämningar på olika planer (omsorgsplan, arbetsplan, genomförandeplan, rehabplan, omvårdnadsplan, insatsplan, handlingsplan, samordningsplan, bemötandeplan, serviceplan) som innehåller beskrivningar av mål, insatser och uppföljning för och hos brukaren. Begreppet ”individuell plan” används i olika sammanhang och efterfrågas även från myndigheter i samband med statistisk registrering eller tillsyner. Begreppet blir förvirrande då det används olika beroende av syftet. Alla planer är individuella i den meningen att planen är för den enskilde. Det är brukarens delaktighet i planeringen som kommer att vara avgörande för hur individuell planeringen blir.

Inom en och samma verksamhet (exempelvis kommunens äldreomsorg) behövs en tydlighet för vilka planer som beroende av den enskilde brukarens behov kan behöva upprättas. Benämningar kan i dag vara olika beroende av vilken kommun eller landsting som det gäller.

Utveckling av brukarens egen plan

En plan med syftet att stödja brukarens delaktighet i planering, genomförande samt uppföljning av insatser började utarbetas och provas i samband med kommu-

nens satsning på hemrehabilitering våren år 2000. Den skulle vara ett underlag för att strukturera hemteamets gemensamma arbete.

Planen har sedan till sitt innehåll och direktiv för användande omarbetats några gånger. Benämningen har ändrats från ”Vårdplaneringsunderlag” till ”Min Planering” och nu slutligen till ”Min Plan”. Trots förändrade direktiv och benämningar har planen alltid avsetts vara brukarens egen plan.

Utvecklingen av kommunens sociala dokumentation har varit det som mest påverkat förändringen. Planen behövde då inte längre innehålla någon beskrivning av hur hemtjänstens insatser skulle utföras. Genomförandeplanen fick tydligt denna roll.

Planens struktur har från början varit att den skulle omfatta brukarens behov/svårigheter, brukarens resurser, mål och delmål. Den innehåller även aktuella insatser från teamet och andra berörda samt att det finns en kolumn för uppföljning och ansvarig för denna. Planerade insatser framgår i planen oavsett om de är enligt Hälso- och sjukvårdslagen eller Socialtjänstlagen. Hur insatserna ska utföras finns beskrivet i genomförandeplanen och i den dokumentation som förs av legitimerad personal. Vid överlåtelse av hälso- och sjukvårdsuppgift till medarbetare i teamet framgår utförandet av en ordination. (Månsson, 2007; Zingmark, 2008).

Min Plan skulle inom de flesta verksamheter benämnas rehabplan. Denna benämning har inte använts i Östersunds kommun på grund av att planen då skulle uppfattas som ett ansvar enbart för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Givetvis har det varit hemteamens arbetsterapeuter och sjukgymnaster som haft ett huvudansvar för att upprätta planen, eftersom de leder rehabiliteringsarbetet, men det kan även ske av annan profession.

Rehabplan kan även bli missvisande på så sätt att det kan uppfattas som att rehabilitering finns i en egen plan. Ett rehabiliterande arbetssätt finns och ska finnas hos alla professioner och framgår av planeringen och i utförandet oavsett om insatsen är ur ett arbetsterapeutiskt, sjukgymnastiskt, omvårdnads och/eller socialt perspektiv.

Hur kan brukarens delaktighet bättre stödjas?

Tio år med hemrehabilitering har inneburit en teamorganisation där hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens personal samarbetar utifrån en gemensam grund. Patientens/brukarens delaktighet i planering och utförande av vård-, omsorgs-, och rehabiliteringsinsatser har varit föremål för ett flertal utvecklingsarbeten.

1 Enligt Socialstyrelsens termbank är ordination ett beslut av behörig hälso- och sjukvårdspersonal att patient ska bli föremål för hälso- och sjukvård.

Delaktigheten har tydliggjorts genom enhetliga begrepp (vård- och omsorgsplanering, benämningar på olika möten och dess syfte etc). Brukarens delaktighet i planering och utförande har fastställts i rutiner (rutiner för vård- och omsorgsplanering i ordinärt boende, på särskilt boende, vid utskrivning från sjukhus, vid korttidsvistelse, vid anhörigstöd etc). Planer och dess innehåll har utvecklats för att stödja delaktigheten (ex. Min Plan, Bemötandeplan, Genomförandeplan etc.). Delaktigheten har även varit central vid flera tillfällen när målformulering diskuteras och hur den kan förbättras.

Trots alla pågående aktiviteter för att förbättra delaktigheten för brukaren har det funnits avsaknad av en gemensam struktur som kan stödja teamets medlemmar i arbetet med brukaren. En struktur som även kan vara grund för att samtala om egna begränsningar och farhågor. En struktur som stödjer och gör det möjligt att våga bjuda in sig som behandlare/teammedlem i en människas inre liv, tankar och förhoppningar och därigenom kunna ge det stöd som personen ser behov av. En struktur som inte fokuserar på svårigheter och att göra fel utan på möjligheter och att göra rätt. Detta har varit vårt avstamp vid ingången till denna studie.

Syfte

- Det ursprungliga syftet var att undersöka om det fanns och vid behov utveckla ett instrument där brukaren själv skattar sin förmåga och därmed få underlag för målformuleringar och planering tillsammans med teamet. Avsikten var att stödja brukarens delaktighet i planering, genomförande av insatser och i uppföljning av vård- omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.
- Under arbetets gång utvecklades insikten att det framtagna instrumentet var en metod bestående av ett självskattningsformulär, ett strukturerat samtal och Min Plan (brukarens egen plan). Metodens ingående delar stödjer var för sig och som helhet avsikten att förbättra brukarens delaktighet.

Utveckling av DIA – Delaktighet I Aktivitet

En arbetsgrupp bestående av de professioner som ingår i ett hemteam (arbetsterapeut, biståndshandläggare, distriktssköterska, sjukgymnast, undersköterska) har tillsammans med kommunens MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) och utvecklingsansvarig för rehabilitering arbetat med att ta fram metoden DIA. Den enhet vid vilken undersköterskan arbetar har ersatts för de timmar hon deltagit. Det gjordes flera försök att även få med en biträdande enhetschef i gruppen vilket inte visade sig möjligt.

Utveckling av DIA

Arbetet med att utveckla metoden har pågått under tre års tid från år 2006 till år 2008. Arbetsgruppen har genomgått en process från att först vara helt inställd på att finna eller utveckla ett instrument som uppfyllde syftet med projektet. Efter hand blev det allt tydligare att många brukare skulle bedömas som att inte ha de förmågor som krävs för förståelse av ett självskattningsformulär och ifyllnad av detta. Därmed skulle en viktig del, brukarens delaktighet, i syftet inte kunna uppnås. Det professionella samtalet kom att få en allt större betydelse för att fler brukare skulle kunna genomföra självskattningen. "Min Plan" (brukarens plan) blir också under arbetets gång alltmer tydlig i sin koppling till självskattningsformulär och det uppföljande samtalet med brukaren. Ur det ursprungliga syftet att utarbeta ett instrument växer så småningom en metod fram. Denna metod kom till slut att bestå av ett självskattningsformulär, ett uppföljande samtal och Min Plan.

Våren 2006

Projektets startar upp med att vår arbetsgrupp vid ett antal träffar gemensamt studerar ICF:s uppbyggnad och terminologi.

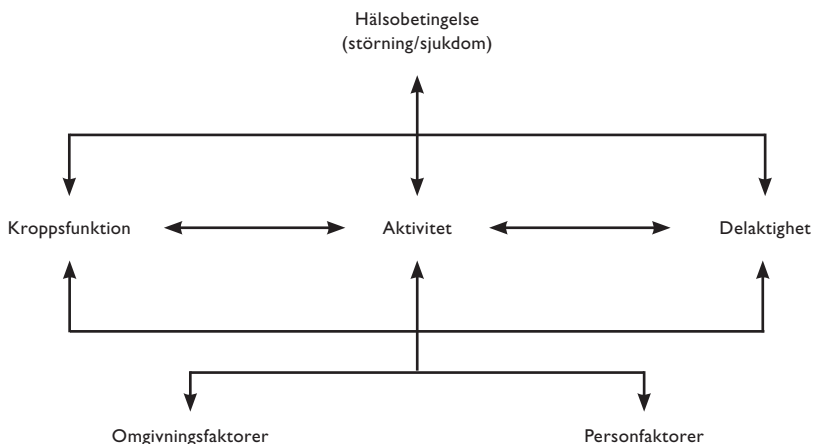
ICF

ICF är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Det övergripande målet med ICF är att erbjuda ett standardiserat språk och

en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd. (Socialstyrelsen, 2003)

Funktionstillstånd och funktionshinder som modell

I ICF beskrivs ett antal komponenter (Kroppsfunktion och anatomisk struktur, Aktivitet, Delaktighet, Omgivningsfaktorer, Personliga faktorer) som på individ och samhällsnivå interagerar med varandra och påverkar en persons upplevelse av hälsa. Delaktighet förklaras som en komponent där personen upplever att han/hon kan styra sitt liv. Delaktighet är en persons engagemang i en livssituation. Delaktigheten kan alltså upplevas som hög trots att personen inte utför delar av eller hela aktiviteten självständigt.



Figur 2. Interaktion mellan i ICF ingående komponenter som påverkar upplevelse av hälsa.

Gruppens arbete fortsätter under våren med att vi tillsammans studerar och arbetar med exempel där personers hälsosammanhang kan beskrivas och förstås av klassifikationens struktur och dess ingående delar. Enighet utvecklas så småningom att ICF i det fortsatta arbetet endast ska finnas som stöd med beskriven modell för funktionstillstånd och funktionshinder där delaktighet interagerar med övriga komponenter i betydelsen av vad som påverkar en persons upplevelse av hälsa. Den del i klassifikationen som utgör en grund för kodning är inte aktuell då instrumentet inte kommer att utvecklas på den detaljnivån.

Ställningstagande inför det fortsatta arbetet blir att först undersöka om det finns ett färdigt instrument som stödjer att brukaren kan påverka i planering av vilka insatser han/hon är i behov av och hur de ska utföras.

En sökning genomförs för att kunna konstatera om det finns något färdigt instrument som uppfyller syftet med projektet.

Följande instrument var föremål för genomgång och analys:

- EDAQ – upphovsman Ulla Nordenskiöld (Nordenskiöld, 1997)
- COPM – ansvarig utgivare Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (1999)
- EASY care – (svensk version 1999-2002)
- WHODAS 2 – utvecklat av WHO's Assessment, Classification and Epidemiology Group (2000)
- Min Mening – ansvarig utgivare Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2000)
- SUD – upphovsman Marianne Sandström (Sandström, 2006)

Efter genomgång av samtliga instrument är vi i gruppen eniga om att SUD (Skattning Upplevd Delaktighet) som utarbetats av Marianne Sandström sjukgymnast vid Björkgården i Umeå är det instrument som är mest intressant att arbeta vidare med. (Sandström, 2006) Instrumentet är utformat på så sätt att brukaren själv skattar sin upplevda delaktighet inom 9 områden. Därefter anges tillfredsställelse och önskan om stöd för att förändra befintlig delaktighet. Slutligen görs en prioritering inom vilka områden brukaren helst vill uppnå en förändring.

Medlemmar i arbetsgruppen testar därefter SUD på sina arbetsplatser. I efterföljande diskussioner framkommer både svårigheter och möjligheter med instrumentet. Upplevda svårigheter har varit att introducera instrumentet till brukaren och i verksamheten. Det fanns oklarheter för vilka brukare som instrumentet skulle kunna vara aktuellt, vilka förhållanden som krävs för användning samt ett hinder var även bristande engagemang hos andra professioner. Positiva erfarenheter där arbetsgruppen var enig var att SUD stödjer och möjliggör för brukaren att få insikter om sin situation. Det ger också ett stöd för brukaren att kunna uttala sina behov och påverka i planeringen av insatser.

Inom arbetsgruppen fanns en enighet om att instrumentet med tillhörande instruktioner behövde omarbetas för att bättre kunna fungera inom kommunens verksamhet. Huvudsakliga argument för detta var att SUD skulle bedömas som alltför svårt att använda för många brukare samt att det tydligare behövde stödja teamarbetet i kommunal verksamhet. Förutom olika professioner i teamet sker arbetet utifrån minst två lagrum, hälso- och sjukvård och socialtjänst. En möjlig utveckling ses också där "Min Planering" (planens benämning vid projektets början) kan kopplas som en del till instrumentet. Brukarens plan kommer då att kunna upprättas utifrån en helt annan grund där brukaren är medveten om sina behov och vilja till förändring.

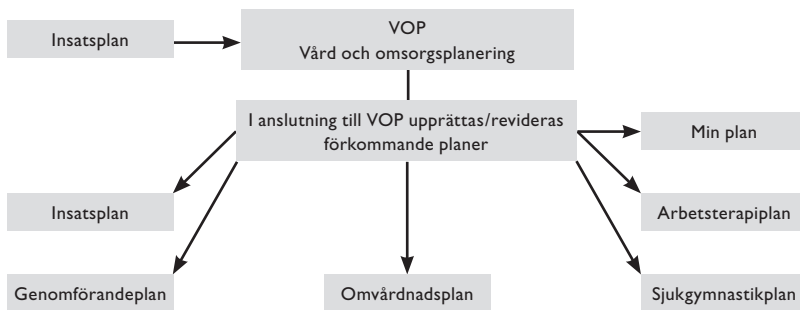
Hösten 2006

I början på hösten tillfrågas 4 team om möjligheten att testa ett omarbetat instrument med tillhörande manual och delta i träffar där förbättringsbehov diskuteras. Testteamen förbereds genom att delta vid en föreläsning som ges av Jan Gassne (Fil.dr och lektor i socialt arbete på Socialhögskolan i Lund) om Salutogent perspektiv och ICF. Samtliga tillfrågade team deltar med hög representation gällande både antal och ingående professioner. I samband med föreläsningen informeras teamen om projektet och en tänkt tidsplan.

Tidigare arbetsgrupp fortsätter att träffas regelbundet för att samtala om utvecklingen av instrumentet SUD och dess anpassning till kommunal verksamhet. En viktig fråga som diskuteras är hur slutprodukten ska utformas så att ett stort antal brukare kan omfattas. Här blir också den möjliga kopplingen till ”Min Planering” mer tydlig. En bild över alla planer som finns och efterfrågas ritas upp (insatsplan, genomförandeplan, omvårdnadsplan Min Planering, bemötandeplan, anhörigplan, individuell plan). En diskussion följer avseende vilka planer som innehåller vad och hur dessa finns i ett gemensamt sammanhang för brukare och team. MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering), som leder projektet, för diskussionen vidare i pågående arbetsgrupper som inom förvaltningen arbetar med rutiner och metodutveckling.

Detta arbete resulterade senare i processen i figuren på nästa sida.

I rutiner som styr hur vård- och omsorgsplanering ska genomföras i Östersunds kommun har de benämningar som ska gälla på förekommande planer fastställts. Se figur 1.



Figur 1. Vård och omsorgsplanering och i anslutning till den vid behov upprättade planer.

Vård- och omsorgsplaneringen tillsammans med brukaren är den centrala aktiviteten som utgångspunkt för upprättande av olika planer.

Insatsplanen är en beställning och ett resultat av biståndshandläggarens beslut. Den styr vilket stöd brukaren har behov av och kan i flera fall finnas innan det första vård- och omsorgsplaneringstillfället. Det förekommer till exempel när brukaren skrivs ut från sjukhuset eller när behovet av insatser snarast måste tillgodoses. Insatsplanen kan vid behov revideras vid eller efter en vård- och omsorgsplanering där hemteamet planerar tillsammans med brukaren.

Genomförandeplanen tydliggör hur insatserna ska utföras där ansvaret för upprättandet ligger hos utföraren av socialtjänstinsatserna. Omvårdnadsplanen är den plan som sjuksköterskan/distriktssköterskan ansvarar för. I denna beskrivs ett behov/problem. Vidare framgår mål/en för insatserna, en planering för vad som ska göras, vem som utför insatsen, när och hur samt uppföljning kopplad till mål. Även arbetsterapeuter och sjukgymnaster har på samma sätt en plan för sina insatser. **Min Plan är brukarens egen plan** av vilken hemteamets övergripande planering ska framgå. Brukaren ska självklart vara delaktig i och känna till den planering som görs och de planer som finns upprättade av enskilda professioner men det är Min Plan som uttryckligen ägs av brukaren.

Våren 2007

Marianne Sandström som utarbetat SUD inbjuds till en dag med oss i arbetsgruppen för att berätta om sina erfarenheter i framtagandet och användandet av SUD. Samtal förs om hur instrumentet bättre skulle kunna fungera inom kommunens verksamhet. Dubbeltydigheten i delaktighetsbegreppet diskuteras där delaktighet inte enbart är lika med att kunna utföra en aktivitet utan att också uppleva möjligheten till att påverka utförandet. Hur fångas en människas upplevelse av engagemang i ett instrument? Hur utarbetas ett instrument som förstås på samma sätt av personal och brukare och som lockar till användning? Mötet med Marianne förstärker vårt tidigare ställningstagande att SUD är det instrument som vi vill arbeta vidare med. Instrumentets uppbyggnad är bra och det går att bygga vidare på med en struktur för mål och planering.

Efter dagen med Marianne påbörjas arbetet med att utarbeta ett instrument med SUD som utgångsläge. Ett informationsblad till brukaren för tolkning och ifyllnad av instrumentet tas fram. Det är nu som det professionella samtalets betydelse blir allt mer tydligt. Detta för att fler brukare ska kunna inkluderas i att använda instrumentet.

Hösten 2007

Under hösten fortsätter omarbetningen av SUD. Det påbörjas även en revidering av ”Min Planering” (brukarens plan). Planen byter benämning till ”Min Plan” för att ännu tydligare visa på att det är en plan i ett sammanhang av övriga planer. Några i arbetsgruppen (arbetsterapeut, sjukgymnast, distriktssköterska) tar ett större ansvar för detta. Hela arbetsgruppen fortsätter att träffas regelbundet och idéer bOLLAS allt eftersom materialet växer fram. Innehåll och utseende på instrumentets manual diskuteras i arbetsgruppen på senhösten. Vi pratar då fortfarande om ett instrument men det är ändå tydligt att det är en metod som börjar utformas. En metod som innehåller ett självskattningsformulär, ett uppföljande samtal och ”Min Plan”.

Våren 2008

Arbetsgruppen träffas ett antal gånger för att samtala om manualens innehåll. Det blir nu helt klart att projektets syfte har tagit ett steg vidare. Vi avsåg att finna eller utveckla ett instrument där brukaren själv skattar sin förmåga och får underlag för målformuleringar och planering tillsammans med teamet. Det professionella samtalet och Min Plan utvidgar syftet till att det är en metod som utarbetas.

En metod som består av ett självskattningsformulär, ett uppföljande samtal och Min Plan. Metoden döps till DIA – Delaktighet I Aktivitet. I slutet av våren är manualen klar att börja testa tillsammans med självskattningsformuläret. Arbetsgruppen träffar testteamen och introducerar DIA. Teamen ska därefter prova DIA under 4 månader.

Hösten 2008

Direkt efter sommarens semestrar träffar vi i arbetsgruppen testteamen för att ta del av deras erfarenheter. Teamen är väldigt eniga i sina synpunkter. De anser att självskattningsformuläret måste omarbetas avseende den skala som finns för brukarens ställningstagande för varje påstående. Skalans uppbyggnad och dess koppling till det påstående som brukaren ska ta ställning till blir alltför komplicerad. Viktig kritik och ifrågasättanden ges av testteamen gällande instrumentets och projektets huvudsyfte att utarbeta ett stöd för att öka brukarens delaktighet. Vilken typ av delaktighet är det självskattningsformuläret och metoden vill fånga? Nuvarande utformning av formuläret där begreppet delaktighet ingår anser testteamen enhälligt enbart blir förvirrande för både brukare och team. Delaktigheten, en persons upplevelse av engagemang och över makten att kunna styra sitt liv, anser teamen att metoden och dess utformning fångar utan att begreppet ingår som en del i formuläret och i informationen till brukaren.

Efter denna första träff med testteamen utarbetas två typer av skalsteg på formuläret som ska testas på nytt. Den ena varianten är en VAS - skala där brukaren skattar sin upplevelse mellan påståendena ”stämmer inte alls” till ”stämmer helt”. Den andra varianten är att brukaren ska välja mellan 5 färdiga påståenden ”ej begränsad” ”lätt begränsad” ”måttligt begränsad” ”mycket begränsad” och ”helt begränsad”. Ordet delaktighet tas bort från självskattningsformuläret och det sker en omformulering av ingången till de påståenden som brukaren ska ta ställning till. Det sker även en omarbetning av informationsbladet som ska lämnas till brukaren. Textmassan minskas genom att instruktionerna för ifyllnad förenklas betydligt och att ordet delaktighet helt tas bort. Testteamen får efter omarbetning ta del av den nya versionen av DIA.

Arbetsgruppen träffar därefter testteamen på nytt efter ca 2 månader. De har nu haft längre tid på sig att bekanta sig med och använda DIA. Alla 4 team är eniga om att självskattningsformuläret med VAS-skala fungerar bäst och är lättast att använda. Vid denna träff blir det tydligt att teamen kunnat använda och verkligen prova DIA på flera brukare. Det är helt andra synpunkter som kommer fram än vid förra tillfället arbetsgrupp och team träffades.

Vid denna träff är det mindre av synpunkter på formulärets utformning med tillhörande dokument och mer av erfarenheter av att använda själva metoden.

Möjligheter

Teamen framför både positiva och negativa erfarenheter. Helt klart är att metoden kan vara ett stöd för att möta brukarens upplevda behov. Ett stöd för att ge rätt insats och inte gå på ”*gammal vana*” eller som någon sa ”*ens fördomar kan komma på sin spets*”. Med det ville personen säga att metoden kan vara en hjälp att verkligen möta brukaren i det han/hon vill och den person som det handlar om. Risken finns annars att tidsbrist, vanor och mitt eget jag springer före och ger grund för de insatser som erbjuds.

*”Metoden ger bra samtal om sådant vi inte skulle ha pratat om annars.
Det gäller även då brukaren inte fyllt i formuläret själv eller missförstått.”*

*”Det har lett till insatser från andra i teamet t.ex. distriktssköterska
eller biståndshandläggare.”*

”Vi har fått gott samvete då det visat sig att insatsen varit i nivå med efterfrågan.”

*”Nuläget klargörs och det blir fokus på vad brukaren vill och inte på vad vi tror
eller tycker.”*

Svårigheter

Svårigheter som framkommer grundas i en osäkerhet om hur teamet och den enskilde behandlaren ska möta behov som inte ligger inom uppdraget för kommunens verksamhet. *”Det kan uppstå missförstånd och förväntningar som inte kan uppfyllas”*. Synpunkter framkommer även att metoden upplevs som svår.

”Samtalet är inte lätt. Det tar tid! Det kräver av oss att kunna lyssna, att vara neutrala och inte komma med lösningar eller styra.”

”Urvalet kan vara svårt. Vem klarar av det? Hos oss har ingen med hjärnskada klarat det självständigt”

”Vad gör vi när det framkommer missnöje/önskan om förändring om sådant vi inte kan påverka? Ex. ekonomi, dåliga bussförbindelser etc.”

Testteamen uttalar på olika sätt svårigheter med att strikt följa manualen. De framhåller samtalets betydelse som stort. Det bekräftar, lyfter fram och gör brukarens upplevelse tydligare. Det ger också möjligheter till stöd för tolkning av erfarenheter. Det framkommer exempel där brukare har haft svårt att trots instruktioner och informationsblad tolka och fylla i formuläret. En teammedlem berättar om en brukare som har fått självskattningsformuläret med tillhörande information men som inte fyllt i detta. Samtalet genomfördes då med formuläret som stöd och brukaren kunde efter hand fylla i de delar som kändes viktiga. Arbetsgruppen och testteamen diskuterar detta och det visar sig att fler har liknande erfarenheter. Hur strikt behöver manualen följas? Hur kan vi förhålla oss för att metoden ska innefatta så många brukare som möjligt?

Huvudsyftet är trots allt att utveckla en metod som stödjer brukarens delaktighet i planering, utförande av insatser och uppföljning. Trots att brukaren vare sig kan eller kanske vill självständigt fylla i självskattningsformuläret kan det professionella samtalet med formuläret som grund ge mycket värdefull information.

Fortsatt utvecklingsarbete

Efter denna träff med testteamen är vi i arbetsgruppen eniga om att manualen behöver omarbetas ytterligare en gång. Manualen behöver stödja ett flexibelt användande av metoden DIA. Manualen ska ge teamen modet att använda metoden och minimera känslan av risken att misslyckas. Att göra rätt ska vara att använda delar av eller metoden som helhet. DIA ska vara ett stöd för att teamen individuellt ska kunna möta varje brukare med ett förhållningssätt där delaktigheten (engagemang och känsla över att styra sitt liv) ska eftersträvas till det yttersta.

Våren 2009

Utvecklingen av DIA har tagit 3 år. Det kan tyckes en lång tid men vi i arbetsgruppen upplever att tiden behövs för att sätta sig in i uppdraget, söka kunskap, utveckla och testa och framför allt för att föra en kreativ dialog med den verksamhet som avses använda metoden. DIA har provats, ändrats och provats igen. Därefter har arbetsgruppen finputsat på formuleringar för att få materialet så tillgängligt som möjligt. Den största utmaningen i denna typ av arbete är att få verksamheten att ta sig tiden och vilja prova något nytt. Vi enades om att som ett första steg i introduktionen av DIA skulle information ges till kommunens arbetsterapeuter, distriktssköterskor och sjukgymnaster.

Implementering

Upplägget vid informationstillfället var att åhörarna skulle ges tillfälle att reflektera över delaktighet och hur brukaren i dag bereds möjligheter till delaktighet i vård och behandling. Träffen inleds med att medlemmar ur arbetsgruppen gav exempel på hur de som arbetsterapeut, distriktssköterska och sjukgymnast möter denna problematik och utmaning. Arbetsgruppen distriktssköterska beskrev och gav exempel på att det även inom omvårdnadsforskningen under senare år studerats värdet av att patienten blir mer delaktig i sin egen vård. (Lagerdal, 2008)

Efter en inledning indelades åhörarna i grupper med alla professioner men med en blandning från olika team. Följande frågeställningar skulle diskuteras:

- Vad vet vi om patientens/brukarens?
 - Vilja till förändring?
 - Insikter om egen förmåga?
- Tar vi reda på det?
 - Hur tar vi reda på det?

Vid den redovisning som följde framkom att det finns behov av att samtala om hur brukarens delaktighet understöds. Delaktighet som begrepp och innehåll behöver lyftas. På olika sätt efterfrågas någon form av verktyg eller metod för att arbeta på ett sätt där brukaren ges större möjligheter att påverka. När samtliga grupper redovisat vad de pratat om gavs en kort presentation av DIA.

Ett av våra testteam delgav därefter sina erfarenheter från att ha arbetat med metoden. De beskrev både positiva och negativa erfarenheter med övervikt åt det positiva.

Sammanfattningsvis gällande det **positiva** sades att DIA är en bra metod för att få en bild av vad brukaren själv vill och anser sig behöva. Teamet berättade om en brukare där de använt metoden. Kvinnan som var i 60-årsåldern hade sjukdo-

men MS. Hon hade vissa insatser från hemtjänsten. Teamet upplevde att de borde kunna göra mer för kvinnan och hade samtalat om detta. Man bestämde sig för att testa DIA. Av självskattningsformuläret och i det uppföljande samtalet med brukaren framgick klart att det enda kvinnan ansåg sig behöva var en cykelkarta så att hon visste var hon bäst kunde köra sin elrullstol. Hon fick också råd om hur hon kunde hantera sin situation då ekonomin inte visade sig vara den bästa. Kvinnan angav på formulärets sista sida under frågeställningen ”Av de vardagsituationer som du tagit ställning till. Vilka tre områden är viktigast för dig att förändra?”

1. *”Jag tycker och har en vilja att klara mig själv, vet TACK och LOV att ni finns.”*
2. *”Ringer om jag behöver mer hjälp.”*
3. *”Ekonomin sätter stopp för många aktiviteter tyvärr.”*

Övrig kommentar: *”Tack för att alla Ni finns och för all hjälp jag får.”*

Slutcitrat från testteamet *”Vi kan ha många förställningar om brukarnas behov men när de själva får uttala sig så stämmer de inte alls.”*

Följande beskrivning delgavs av sjukgymnasten i arbetsgruppen vars hemteam också varit ett av testteamen. Hon hade från och till haft kontakt med en kvinna där betoningen legat på balansträning och uppmuntran till fysisk aktivitet. Hon upplevde det svårt att veta hur hon skulle arbeta vidare med brukaren. Kontakten med hemteamet upplevdes dock viktig för brukaren. Hon fick självskattningsformuläret och efter några dagar skulle de gemensamt gå igenom detta. Till sjukgymnastens stora förvåning hade kvinnan inte alls fyllt i formuläret, trots att hon var kognitivt väl fungerande och hade lång erfarenhet av arbete i vården. Kvinnan fyllde i formuläret under samtalet. Ett samtal som klargjorde mycket både för kvinnan och för sjukgymnasten. Kvinnan ville behålla formuläret till det vård- och omsorgsplaneringsmöte som förestod. Vid mötet leder kvinnan själv sin egen planering med formuläret som stöd. Efteråt så säger hon till sjukgymnasten samtidigt som hon överlämnade formuläret *”Nu kan du ta detta för jag behöver det inte mer.”*

Sjukgymnasten avslutar med att säga *”Vilken härlig känsla att vara med där brukaren leder sin egen planering.”*

Sammanfattningsvis gällande negativa erfarenheter berättade teamet om upplevelsen av den osäkerhet som finns i att möta uttalade behov som inte ligger inom uppdraget för hemteamets hemsjukvård, hemtjänst och rehabilitering.

Efter teamets redovisning fick arbetsterapeuter, distriktssköterskor och sjukgymnaster åter sätta sig i samma grupper för att samtala om hur de tror att

DIA kan bli ett stöd i verksamheten. Varje grupp fick uppdraget att redovisa tre positiva saker med metoden. I gruppernas redovisning delgavs synpunkter som sammanfaller inom fem huvudområden.

Delaktighet

Av flera uttalanden framgick att DIA stödjer brukarens delaktighet. Teamet får en bild av vad brukaren verkligen vill och tycker är viktigt. Det finns en tydlig koppling till vård- och omsorgsplanering. Metoden borde kunna användas till många brukare. *”Om vi väljer finns det en risk att vi redan gjort en bedömning.”*

Teamarbete

DIA sades kunna vara ett stöd för teamarbetet genom att ge stöd för samtal om svåra frågor. Metoden ger en mer neutral bild av brukaren. Den tydliggör varje professions insatser. Teamarbetet underlättas också genom att målen blir tydligare. Metoden blir ett stöd för både hälso- och sjukvård som socialtjänstinsatser.

Egenansvar

Metoden får brukaren att ta mer ansvar och att verkligen tala om vad som är viktigt. Det blir mer tydligt vad som är ett behov för brukaren.

Struktur och tydlighet

DIA ger struktur för brukaren och en bättre grund för teamets uppföljningar. Lättare att genomföra viktiga samtal när det finns en struktur för hur.

Säkerhet

Metoden kan säkerställa en bättre dokumentation och tydliga mål. Den kan också leda till att saker uppmärksammas som annars skulle missas. DIA kan var ett stöd för att göra rätt saker.

Metoden mottogs som helhet positivt av legitimerad personal inom kommunens hemteam. Den fortsatta introduktionen kommer att vara av stor vikt för om och hur DIA kommer att användas. Vid flera tillfällen när arbetsgruppen träffats har konstaterats att den första introduktionen är viktig. Det har stor betydelse hur den mottas men det är den fortsatta dialogen om delaktighet och DIA som kommer att vara avgörande på sikt.

Slutliga DIA

DIA består av självskattningsformulär, uppföljande samtal och Min Plan.

Självskattningsformulär

Brukaren skattar i formuläret (Bil 1) sin upplevelse av att utföra aktiviteter på det sätt och i den omfattning som han/hon önskar. Skattningen sker genom att på en VAS-skala ange graden mellan ”stämmer inte alls” till ”stämmer helt.”

Skattning sker utifrån 22 påståenden som är indelade inom 7 områden

- Personlig vård
- Förflyttningar
- Kommunikation
- Sociala relationer
- Hemliv
- Ekonomi
- Socialt liv/Fritid

För varje påstående anger brukaren sin nöjdhet och en eventuell önskan om förändring. På formulärets sista sida prioriterar brukaren tre vardagssituationer där en förändring upplevs som mest viktig.

Information till brukaren

Brukaren får skriftlig information (Bil 2) genom att tilldelas denna i samband med att han/hon får självskattningsformuläret. Informationen förtydligar hur ifyllnad ska ske, vem som kontaktas för frågor och den tid som avsatts för det uppföljande samtalet.

Min Plan

Med utgångspunkt av självskattningsformulär och uppföljande samtal upprättas Min Plan (Bil 3). Av planen framgår brukarens mål, resurser och svårigheter, delmål, vem som ansvarar för vad, uppföljning samt måluppfyllelse.

Manual till DIA

Manualen (Bil 4) ger instruktioner för användning av DIA. Den inleds med en beskrivning av delaktighet och hur den skattas i formuläret. Vidare finns beskrivet de olika stegen i användandet av DIA.

- Avgöra om metoden är lämplig för brukaren
- Utse ansvarig i hemteamet
- Informera brukaren om syftet med DIA
- Förklara metoden för brukaren
- Genomförande av samtal
- Upprättande av Min Plan
- Utvärdering

I slutet av manualen och på rapportens sista sida finns den skrivning som avser att ge verksamhetens hemteam modet att prova metoden *”att försöka är att lyckas.”* Att göra rätt behöver inte innebära att metoden genomförs i alla tre steg och i den ordning som beskrivs i manualen. Att göra rätt är att möta varje individ där den är och uppmuntra till engagemang styrkraft för livet.

Diskussion

I arbetet med utveckling av DIA har vi i arbetsgruppen många gånger stannat upp för att åter landa i vilken typ av delaktighet är det vi menar. Hur uppfattas begreppet av brukare och övriga medarbetare? Det finns uppenbara risker att delaktighet i förhållande till utförande av en aktivitet kan uppfattas som att ”kunna” eller ”inte kunna” utföra aktiviteten. Delaktighet anses även många gånger föreligga om information ges till brukare och medarbetare. Detta utan att brukaren eller medarbetaren ges möjlighet till återkoppling och egen reflektion över vad som sägs. Därför är det bra att självskattningsformuläret som lämnas till brukaren och är underlag för det professionella samtalet inte överhuvudtaget alls innehåller begreppet. Metoden som helhet avser att stödja brukarens delaktighet inom viktiga livsområden. Den delaktighet som innebär en känsla av engagemang och kraft över att kunna styra sitt eget liv. Brukaren ska uppleva det möjligt att påverka aktuell situation genom att kunna ange riktningen för vad som är betydelsefullt. Komplexiteten ligger till stor del i att brukaren kan vara nöjd med utförandet (uppleva delaktighet) av en aktivitet trots att han/hon till olika delar är beroende av annans hjälp. Det är upplevelsen av att själv kunna styra över situationen som avgör graden av tillfredsställelse. Där kan det i ett rehabiliterande sammanhang krocka när professionen ser möjligheter till ökat oberoende och där brukaren själv är nöjd. Risken finns då att behandlaren tar över och styr hela planeringen. När professionen möter brukaren med insikten av att människor är expert på sina egna liv kommer det att finnas ett förhållningssätt där behandlaren/utredaren bjuder in sig som deltagare för att tillsammans med brukaren finna de lösningar som kan förbättra situationen. Ett förhållningssätt som tillåter och utvecklar brukarens förståelse och insikter för aktuell situationen. Mål, planering, och insatser kommer att kunna utformas där individen upplever förståelse, vilja och kraft av att hantera situationen och en meningsfullhet eftersom det för honom/henne är viktiga livsmål som står i fokus (Westlund, Sjöberg 2008.).

Sören Kirkegaards dikt i början av rapporten sammanfattar på ett mycket bra sätt innebörden av delaktighet och dess komplexitet för den enskilde behandlaren/utredaren. Det är inte vi som först ska tala om vad som kan göras och vad

som är bäst trots att vi kanske anser oss ha kunskap för detta. Vi måste lära oss och våga lyssna till vad som döljer sig bakom orden, gesten, ilskan etcetera. Vi vill så gärna göra gott, göra rätt där vi ibland missar den unika människans behov. Kvinnan med MS där teamet länge hade haft dåligt samvete för att inte göra tillräckligt. Hennes behov var en cykelkarta för att obehindrat kunna framföra sin elrullstol.

Ett annat team träffade en man som hade hjälp med sin medicinering. En insats som hängde kvar trots att han i övrigt blivit självständig. På en fråga hur det fungerade säger mannen *”nog är det väl bra med hjälp men jag borde kunna klara detta själv”*. Han skulle då få en ökad frihet där han slipper passa personalens tider.

I användandet av DIA framhålls åter vikten av att mål med aktuell behandling och träning finns tydliga för brukare och team. Tänk så många gånger vi i verksamheten smiter undan denna ibland helt avgörande del för både brukarens motivation och medarbetarnas insikt om värdet av att insatsen ser ut som den gör just nu. Självskattningsformuläret ger en grund för tydligare målformuleringar. DIA kommer att vara ett stöd men det kommer även att krävas återkommande träffar där mål diskuteras och utbyte sker mellan hemteamens professioner. Att skilja det långsiktiga målet från delmålen, som det beskrivs i DIA, är ett viktigt steg. Brukaren anger riktningen vart vi ska, vad han/hon vill. Det professionella teamet planerar tillsammans med brukaren och visar genom delmål vägen mot det långsiktiga målet. För ett enhetligt arbetssätt med brukaren som ofta krävs är det avgörande att mål och övergripande planering är känd hos teamets samtliga medlemmar.

Att introducera en ny metod som DIA sker inte vid ett tillfälle där en entusiastisk arbetsgrupp berättar om sitt arbete. DIA har utvecklats under 3 år. Arbetsgruppen har tagit del av och diskuterat

- ICF,
- delaktighet som begrepp och vad det innebär,
- värdet av och svårigheter med målformuleringar,
- farhågor för att misslyckas,
- rädslor för att möta brukare där behov finns som vi varken kan eller får tillgodose.

Att introducera och börja använda denna metod kräver återkommande tillfällen där metoden och dess innehåll kan diskuteras. Tro inte att alla överväldigas av att denna metod äntligen finns. Den kommer att möta motstånd i form av att ”vi har inte tid”, ”ska vi göra det här också”, ”det fungerar aldrig på våra brukare.” Kom då ihåg alla svårigheter och utmaningar som döljer sig bakom DIA och tänk

på rapportens sista sida där den vill säga ”att börja är att lyckas.” Är metoden bra kommer fler och fler medarbetare att utveckla ett arbetssätt som medför ökad delaktighet för brukaren. DIA kan vara inkörsporten men utveckling av metoder går vidare.

Referenser

- Antonovsky A. (1991) *Hälsans mysterium* Natur och Kultur Stockholm
- Canadian Occupational Performande Measure* (1999) Förbundet Sveriges
Arbetsterapeuter
- EASY care* <http://www.bbr-online.com/easycare> (svensk version 1999-2002)
- ICF. *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.* (2003)
Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se
- Min Mening* ansvarig utgivare Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (2000)
- Morgan A. (2004) *Vad är narrativ terapi?* Mareld
- Månsson M. (2007) *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Solna:
Fortbildning AB.
- Månsson M., Nordholm A., Andersson L., Mikaelsson A & Ekman U. (2006)
Vardagsrehabiliterings roll inom kommunens hemtjänst. FOU-Jämt, Rapport
2006:1
- Nordenskiöld, U. (1997). Evaluation of daily activities Questionnaire, EDAQ
- Lagerdal L., Patienterna behöver bli mer delaktiga i sin egen vård. *Omvårdnads-
magasinet 2008 Nr 6*
- Sandström M., Lundin-Olsson L. (2006) Development and evaluation of a new
questionnaire for rating perceived participation. *Clinical Rehabilitation 2007;*
21:833-845
- Zingmark M., *Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser i gränslan-
det mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvårdslagen* Rapport 2008:4
- Westlund P., Sjöberg A. (2008) *Planera för mirakel* Fortbildning AB/Tidningen
Äldreomsorg Solna
- WHODAS 2* utvecklat av WHO's Assesment, Classification an Epidemiologi
Group (2000)

Bilaga I: Manual till Delaktighet I Aktivitet

En metod för brukaren att skatta
upplevelsen av hur aktiviteter kan utföras
och för planering med teamet

Inledning

Gemensam värdegrund

- Individens mål styr processen
- Individens behov och resurser skall vara utgångspunkten
- Individens är delaktig i processen
- Klart formulerade mål i en individuell plan
- Närståendes delaktighet är en självklarhet
- Individens erbjuds kontaktman
- Individens behov styr teamets sammansättning
- Teamet ansvarar för kontinuerlig uppföljning

Den gemensamma värdegrunden som är beslutad av Vård- och omsorgsnämnden är en del i vår etiska plattform. Utvecklingen och användandet av metoden **Delaktighet I Aktivitet (DIA)** står för verksamhetens (hemteamets) tro på ett arbetsätt där brukaren ges en struktur för att kunna beskriva och styra över vad som är viktigt för att få ett så bra liv som möjligt.

Den optimala delaktigheten eftersträvas dels genom att brukaren aktivt är med i planeringen av insatser och dels genom användande av en metod som ger grund för reflektion över viktiga livsområden.

En metod för självskattning

DIA är en metod för självskattning som består av ett självskattningsformulär, ett strukturerat samtal och en plan (Min Plan) för teamets samlade insatser. I formuläret definieras de frågeställningar inom vilka hemteamet (hemtjänstorganisationen med tillhörande leg. arbetsterapeut, distriktssköterska, sjukgymnast) har beredskap för att möta behov och ge insatser.

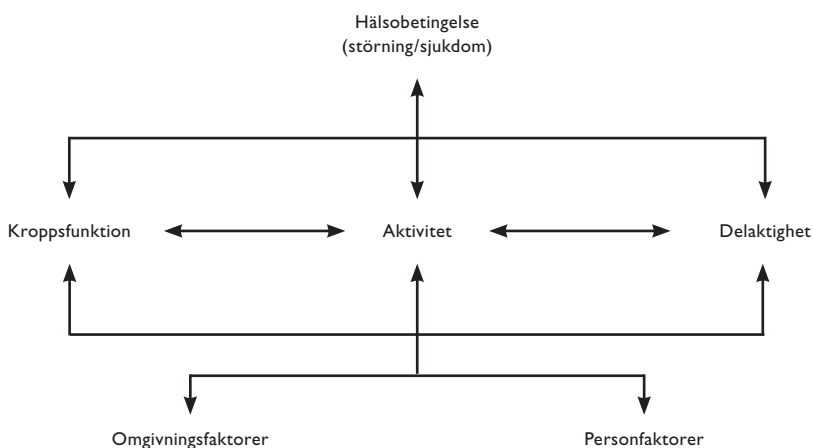
DIA:s upplägg med ifyllnad av formulär, uppföljande samtal samt upprättande av Min Plan stödjer och möjliggör att brukare och teammedlemmar arbetar inom en given ram och betraktar brukarens liv från samma utgångspunkt. Metoden ger även struktur för att mål, planering och uppföljning av insatser är kända och innefattar hela teamet.

Arbetet med DIA skapar förutsättningar för brukaren att

- se möjligheter till förändring
- uttrycka sina önskemål om förändring och behov av stöd
- vara delaktig i målformuleringar och planering av insatser
- dela ansvaret för måloppfyllelse

ICF och delaktighet

ICF är en internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Det övergripande målet med ICF är att erbjuda ett standardiserat språk och en struktur för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd.



Funktionstillstånd och funktionshinder som modell

I ICF beskrivs ett antal komponenter (Kroppsfunktion och anatomisk struktur, Aktivitet, Delaktighet, Omgivningsfaktorer, Personliga faktorer) som på individ och samhällsnivå interagerar med varandra och påverkar en persons upplevelse av hälsa. Delaktighet förklaras som en komponent där personen upplever att han/hon kan styra sitt liv. Delaktighet är en persons engagemang i en livssituation. Delaktigheten kan alltså upplevas som hög trots att personen inte utför delar av eller hela aktiviteten självständigt.

Delaktighet i olika steg

Genom ifyllnad av formulär och i samtal ges struktur för brukaren att skatta sin upplevelse av delaktighet och ange önskemål om förändring.

Hur stämmer påståendet överens med brukarens upplevelse

Varje påstående beskriver i förhållande till en aktivitet/ett tillstånd en personens optimala upplevelse ex. ”Jag sköter min dagliga personliga hygien på det sätt och i den omfattning som jag önskar.” I varje påstående tas ställning till två frågor ”på det sätt” och ”i den omfattning.”

På det sätt – ger grund för att ta ställning till graden av att ”kunna” eller ”inte kunna” utföra en aktivitet samt delaktigheten i beskriven aktivitet eller tillstånd. Brukaren kan trots att han/hon själv inte utför aktiviteten skatta en hög samstämmighet med påståendet, om upplevelsen är att själv kunna styra över aktivitetens utförande (hög delaktighet).

I den omfattning – ger grund för att ta ställning till om aktiviteten/tillståndet kan utföras/uppnås med den frekvens som är av betydelse för brukaren.

Att vara nöjd

Nästa steg är att brukaren tar ställning till om han/hon är nöjd med skattad upplevelse av hur väl påståendet stämmer. Brukaren reflekterar därigenom över sin nöjdhet med aktuell situation och möjligheten av att kunna påverka i utförandet eller förändra beskrivet tillstånd (ökad delaktighet).

Önskemål om förändring

Brukaren anger i steg tre om han/hon önskar att förändra utförandet av aktiviteten/tillståndet.

Prioritering av vilka vardagssituationer som upplevs viktigast att förändra

Slutligen sker en prioritering av vilka vardagssituationer som brukaren upplever är viktigast att förändra. Därefter sker en planering tillsammans med brukaren av mål, delmål, insatser och hur uppföljning ska ske i Min Plan.

Instruktioner för användning

Olika steg i DIA

- Avgör om metoden DIA (självskattningsformulär, samtal, Min Plan) är lämplig för brukaren
- Utse ansvarig inom hemteamet
- Informera brukaren om syftet med DIA
- Förklara metoden
- Om det bedöms lämpligt lämna formuläret för genomläsning och ev. ifyllnad, samt boka tid för samtal
- Genomför uppföljande samtal
- Upprätta Min Plan
- Utvärdering

Avgör om metoden är lämplig för brukaren

DIA är inte utvecklad för någon särskild diagnosgrupp. Att bedöma om metoden är lämplig är att ställa sig frågan om den är lämplig för

- just denna brukare samt,
- om tidpunkten är den rätta.

DIA påbörjas när bedömningen är att brukaren har haft möjlighet att kunna reflektera över sin situation. Efter exempelvis en sjukhusvistelse kan brukaren behöva vara hemma en tid innan DIA bedöms som lämpligt.

Utse ansvarig inom hemteamet

Inom teamet utses den person som anses vara mest lämplig till att lämna ut och informera om formuläret samt att ha det uppföljande samtalet. Samma person delger teamet resultatet på ett ärendemöte (teammöte) och ansvarar för planeringen inför upprättandet av Min Plan.

Hemteamet kan göra den bedömningen att ytterligare en person från teamet behöver delta vid samtalet. En anledning kan vara att det ger ett bättre underlag för att samtala med brukaren om nuläge och möjligheter till att förbättra aktivitetsförmågan. För brukare som har omfattande behov av insatser både vad avser hälso- och sjukvård och socialtjänst kan det vid samtalet vara en fördel att representanter deltar från båda lagrummen. En person ska dock utses som huvudansvarig.

Formuläret lämnas till brukaren

Information till brukaren om syftet med DIA

Det är mycket viktigt att brukaren informeras om syftet med användandet av DIA. Informationen ges av den teammedlem som utsetts av hemteamet till huvudansvarig.

Innan informationen ges bör ställning tas till om formuläret ska lämnas för genomläsning och ev. ifyllnad eller om det endast ska användas som underlag vid samtalet.

Bedöms formuläret lämpligt att lämna till brukaren för genomläsning och eventuell ifyllnad ges följande instruktioner:

- Först ombeds brukaren att läsa igenom foljebrevet till DIA. Ett alternativ är att hemteamets representant läser för brukaren. Han/hon ska förvissa sig om att brukaren förstår instruktionerna.
- Brukaren informeras om att vid ifyllnad av formulärets olika delar utgå från sin genomsnittliga förmåga och den normala miljö i vilken han/hon vistas.
- Hemteamets representant förklarar att det finns olika alternativ för ifyllnad där brukaren väljer det som känns bäst.
 - Ett alternativ är att för varje påstående skatta upplevelsen av hur väl påståendet stämmer och direkt i samband med detta ange nöjdheten samt eventuella önskemål om förändring.
 - Ett annat alternativ är att först gå igenom hela formuläret och för varje påstående skatta upplevelsen av hur väl påståendet stämmer. Vid en andra genomgång av formulärets påståenden anges nöjdheten samt önskemål om förändring.
 - Ett tredje alternativ är att först skatta upplevelsen av hur väl varje påstående stämmer. Därefter vid en andra genomgång anges nöjdheten för varje påstående. Vid en tredje genomgång av instrumentet anger brukaren sina önskemål om förändring.
- Hemteamets representant ska påpeka att om ett påstående inte känns aktuellt kan brukaren stryka detta.
- Brukaren informeras om att i de fall han/hon känner sig osäker går det bra att hoppa över aktuellt påstående.
- Brukaren får även information om att i så stor grad som möjligt fylla i formuläret utan att låta sig påverkas av anhörig/närstående.

- Information ges om möjligheten att skriva kommentarer på formuläret, vilka kan vara ett stöd vid det uppföljande samtalet för hur han/hon tänkte vid ifyllandet. Kommentarer kan skrivas både på formulärets sista sida och direkt i samband med varje aktivitet (i de grå fälten).
- Det är viktigt att förklara att det vid det uppföljande samtalet kan ske justeringar om brukaren känner sig osäker eller har missuppfattat någon del i formuläret.
- Brukaren informeras om att prioritering av vilka områden han/hon helst vill förändra sker först efter att skattning av formulärets samtliga områden skett.
- **Observera att formuläret även kan lämnas till brukaren som en föreberedelse inför samtalet utan några som helst krav på ifyllnad.**
- Hemteamets representant ska efter given information försäkra sig om att brukaren känner sig trygg med formuläret. Han/hon får inte uppleva att det handlar om att välja rätt svar utan att formuläret är ett första steg för att teamet tillsammans med brukaren ska kunna identifiera behov och önskemål om förändring.

Följande frågeställningar kan delges inför ifyllnad som ett stöd för reflektion:

- Varför är en aktivitet ett problem eller en styrka?
- Varför är aktiviteten viktig?
- Väckte aktiviteten någon känsla, ett minne?
- Varför känner brukaren sig osäker?
- Har anhörig/närstående inverkat på brukarens skattning i instrumentet?

Boka tid för uppföljande samtal

I samband med att brukaren får information för ifyllnad av formuläret bokas tid för ett uppföljande samtal. Samtalet bör genomföras inom en tid av högst 2 veckor från informationstillfället.

Brukaren ska försäkras om och veta att hemteamets representant finns till hands för frågor. Telefonnummer och namn på ansvarig teammedlem framgår av det följebrev som brukaren får tillsammans med självskattningsformuläret.

Uppföljande samtal

När brukaren haft tid på sig att gå igenom och fylla i formuläret som helhet eller delar av det, är det dags för det uppföljande samtalet. Samtalet genomförs hemma hos brukaren. Den tid som behöver avsättas för samtalet kan variera beroende av brukarens kognitiva förmåga och situationen i allmänhet.

Avsikten är att samtalet genomförs med brukaren utan deltagande av anhörig/närstående. Hemteamet kan dock göra den bedömningen att anhörig/närstående

ska delta. Det kan vara aktuellt i de fall där brukarens önskemål och värderingar tydligt påverkas av anhörig/närstående eller där anhörig tar ett stort ansvar i vården, omsorgen och rehabiliteringen. I dessa fall övervägs lämpligheten av att först träffa brukaren för ett enskilt samtal innan anhörig/närstående erbjuds att delta.

Det uppföljande samtalet har flera syften:

- För att förstå hur brukaren tänkt och resonerat när han/hon fyllt i formuläret.
- För att stödja brukaren att förstå frågeställningarna och vara behjälplig vid ifyllnad.
- För att samtala kring brukarens prioriteringar och tillsammans värdera skillnaden mellan vad brukaren vill och hans/hennes förmåga.
- För att förbereda och introducera brukaren gällande Min Plan. Hur kan brukarens önskemål omsättas i Min Plan? Vilka behöver delta vid uppträttandet av Min Plan?

Hemteamets representant ska vara noggrann med att inte uppmuntra brukaren att ändra sina svar. En skattning som brukaren gjort kan aldrig vara ”fel”.

Hur brukaren upplever och skattar sin förmåga kan ha många bakomliggande orsaker:

- Påverkan av anhörig/närstående.
- En brukare kan skatta sig som obetydligt begränsad i förhållande till en aktivitet också för att hantera en förändrad situation med förlust av funktioner. Överskattningen kan hänga samman med en rädsla av att förlora sin självrespekt, vilket skulle kunna leda till känslomässiga konsekvenser.
- Brukarens sätt att hantera möten med människor, kriser, utmaningar kommer givetvis även att slå igenom vid skattning av begränsningar och önskemål om förändringar.
- Pga. sjukdom/skada kan brukarens kognitiva förmåga vara nedsatt.
- Förhållningssättet ska vara att försöka förstå vad som ligger bakom brukarens skattning och på olika sätt ge insikter som får brukaren att själv reflektera och eventuellt föreslå en ändring av sin skattning. Vid samtalet kan samma frågeställningar användas som delgavs brukaren inför ifyllnad av formuläret, se sidan 7.

Genomgång av formuläret

- Hemteamets representant går igenom varje påstående tillsammans med brukaren och noterar eventuella anteckningar som han/hon gjort.
- Förhållningssättet ska vara att bekräfta brukarens starka sidor som de framgår av formuläret och ev. tidigare bedömningar.

- Hemteamets representant ska vara uppmärksam på brukarens skattning mellan samstämmigheten med varje påstående, nöjdhet samt önskemål om förändring och hur de stämmer med teamets uppfattning om möjligheter till förbättring. Särskild vikt ska läggas vid områden där teamet ser möjligheter till ökat oberoende och minskade behov av hjälp.

Brukaren kan skatta en hög samstämmighet med ett påstående, vara nöjd och inte önska någon förändring trots att han/hon har omfattande hjälp. Hemteamet kan samtidigt se att insatser kan ge stora möjligheter till ökat oberoende och därmed minskade behov av hjälp från ex. hemtjänsten. Brukaren kan, trots hög grad av beroende, uppleva en hög delaktighet om upplevelsen är att kunna styra i vad som anses vara viktigt.

Förhållningssätt där hemteamets representant ser möjligheter till ett ökat oberoende och där brukaren är nöjd

I de fall teamets bedömning är att brukaren kan eller borde kunna med rätt insatser är det viktigt att frågor ställs som öppnar för ytterligare reflektioner och vidare utreder hur brukaren tänkt. Brukaren får aldrig uppleva att han/hon tänkt fel. Exempel på frågor kan vara: ”Jag ser att du skattat hög samstämmighet i hur du utför aktiviteten XX kan du beskriva hur du tänkt?”

”Hur utförs aktiviteten i dag?” ”Vad skulle kunna förändras för att öka ditt oberoende?” ”Vid ett ökat oberoende där du blir mer självständig finns det något som du då skulle kunna uppleva som en förlust?”

Reflektion i aktivitet

Ett sätt att få brukaren till ytterligare reflektion över sin vilja till förändring och möjligheter till att bli mer självständig är att erbjuda ett möte med någon profession ur hemteamet. Denna person kan då även vid behov delta när brukaren ska utföra den aktivitet/de aktiviteter där hemteamet ser möjligheter som han/hon inte uttrycker. På så sätt kan brukaren få ytterligare underlag för att reflektera över sina möjligheter och vilka förändringar han/hon skulle vilja göra.

Den slutliga skattningen i formuläret sker därefter tillsammans med brukaren.

Brukarens önskemål om förändringar måste respekteras men kan ändras då han/hon genom stöd ser möjligheter till ett ökat oberoende. Ifyllandet av formuläret anses inte som färdigt förrän det uppföljande samtalet och eventuella aktivitetsanalyser tillsammans med brukaren är genomförda.

Brukarens önskemål om förändring – prioritering av områden

I instrumentets sista del prioriterar brukaren sina önskemål om förändring. Det blir underlag för fortsatt arbete med Min Plan. Det som ska eftersträvas är att brukaren upplever ett engagemang och att det finns en samförståelse mellan vad som hemteamet kan erbjuda och vad brukaren vill och önskar.

Hemteamets representant stödjer brukaren i sina prioriteringar genom att:

- Utifrån brukarens önskemål få honom/henne att reflektera över sin situation, vad som känns viktigt att förändra och varför.
- Tillsammans med brukaren reflektera över hur hans/hennes önskemål kan leda till en bättre livssituation.
- Visa på möjligheter som omedelbart kan förändra livssituationen
- Samtala om hur funktionsförbättringar kan ge de förändringar som behövs i förhållande till brukarens prioriteringar.
- Stödja brukaren i att kunna inse att vänta med frågor där resultatet just nu är alltför osäkert.

I de fall brukaren under samtalet vill ändra i sina prioriteringar är det viktigt att det sker mot bakgrund av hans/hennes egen insikt om att tänka på ett annat sätt.

Min Plan

Min Plan är brukarens plan.

Min Plan är resultatet av teamets gemensamma planering tillsammans med brukaren. Den kan innehålla insatser både avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Varje berörd profession i hemteamet ska ha tillgång till innehållet i planen.

Planen kan upprättas i samband med en "Vård- och omsorgsplanering". Se rutin under HSL på webben. Dokumentation sker då enligt rutin samtidigt som brukarens får sin egen plan. Teamets medlemmar dokumenterar i övrigt sina respektive bedömningar, planer och insatser i journalsystemet där HSL och SoL insatser ska vara åtskilda.

Brukaren ska alltid få och ha tillgång till en aktuell upplaga av Min Plan. Den förvaras lämpligast i Min Hälsomapp eller i motsvarande system hos extern utförare.

Vilka ska vara med vid upprättandet

Samma person som ansvarat för introduktion för DIA har ett huvudansvar för upprättandet av Min Plan. I upprättandet deltar de personer som behövs från hemteamet. Vid behov kan även annan profession än medlem i hemteamet delta.

Innehåll i Min Plan

Mitt mål

Brukaren ska stödjas till att omsätta de områden som prioriterats i formuläret och samtalet till sitt eget/sina egna mål. Hemteamet kan uppleva målen både som orealistiska d.v.s. för högt satta eller i vissa fall också som för lågt satta mål.

Det måste finnas en medvetenhet att de mål som brukaren uttalar kan dölja både rädslor och dålig självkänsla. Där kan även finnas påverkan från andra personer. De mål som brukaren uttalar blir också en direkt följd av hur introduktionen till målformuleringen sker av ansvarig teammedlem. Brukaren kan i olika grad behöva stöd genom en koppling till den skattning som gjorts i formuläret för att kunna sätta mål.

Alla som arbetar med rehabilitering vet att det som i början kan ses som ett orealistiskt mål till både förvåning och glädje i flera fall kan visa sig vara det mål som uppnås. Det är därför viktigt hur hemteamets representant bemöter brukaren i dessa känsliga situationer.

Förhållningssättet måste säkerställa att brukaren upplever:

- Att hans/hennes åsikter tas på allvar.
- Att han/hon får stöd i att förbättra sin livssituation.

Jag kan

Här får brukaren stöd i att formulera sina styrkor i förhållande till sina mål.

Jag kan inte

Här får brukaren stöd i att formulera vilka funktioner och förmågor som är svaga eller saknas i förhållande till målen.

Delmål

Delmålen är de mål som framför allt professionen formulerar även om det ska ske tillsammans med brukaren. Det är professionen som har kompetens att leda brukaren stegvis på väg mot det långsiktiga målet ”Mitt mål.” Brukaren kan inte avkrävas denna kunskap. Han/hon kan också efter en sjukdom/skada ensam eller tillsammans med viktiga närstående uppleva en smärtsam situation där det är svårt att sortera i livets olika aspekter.

Det är delmålen som styr hur insatserna för tillfället ska utföras. Delmålen ska kommuniceras med brukare och teammedlemmar så att det finns en samförståelse varför utförandet ska ske på ett visst sätt och vart det ska leda. Delmålen kan

återfinnas som styrande av insatsernas utformning i genomförandeplan, omvårdnadsplan samt i arbetsterapeutens och sjukgymnastens planer.

Vem gör vad

Här beskrivs vilka insatser som planeras i förhållande till aktuella mål. Det är framför allt i förhållande till delmålen som insatserna ska tydliggöras. Här beskrivs **vad** varje profession ska utföra för typ av insats/er. **Hur** insatsen ska utföras framgår mer i detalj av genomförandeplan och de planer som legitimerad personal ansvarar för, samt i de ordinationer (överlåten HSL-insats) som ska finnas tillgängliga för undersköterskor/vårdbiträden i hemteamet.

Det kan också vara av stor vikt att både brukarens och anhörigas ansvar för sin del i uppfyllandet av målen görs tydligt.

Uppföljning datum/måluppfyllelse

I Min Plan ska det tydligt framgå vem som har ansvar för vilken insats. Målen ska vara formulerade så att det är möjligt att planera när uppföljning ska ske. Det ska också vara tydligt vem som har ansvar för uppföljning i förhållande till vilket mål.

Utvärdering

Utvärdering sker på individnivå med utgångspunkt av självskattningsformuläret. Insatserna kan därefter antingen avslutas eller att den förnyade genomgången föranleder nya prioriteringar, nya mål och revidering av Min Plan.

Att lyckas med DIA

Delaktighet beskrevs vid ett tillfälle av en undersköterska i ett av kommunens hemteam som att *få vara med från början, att få säga vad man tycker, att bli lyssnad till och bli respekterad.*

Ett arbetssätt där patienten/brukaren är delaktig i planering och genomförande av sin vård, rehabilitering och omsorg är en ständig utmaning.

Delaktighet med utgångspunkt av ett informativt förhållningssätt eller **Delaktighet med utgångspunkt av ett lyssnande förhållningssätt** kan ses som två ytterligheter.

DIA som metod avser att ge stöd för ett mer lyssnande arbetssätt.

När Du provar metoden kanske resultatet inte blir som du först tänkt. Fokusera då inte på vad som blev fel utan vad du fick ut av mötet med brukaren.

Att lyckas med DIA är inte lika med att Du alltid genomför metoden med självskattning, uppföljande samtal och därefter Min Plan. Att lyckas är att möta personen där han/hon är i sina funderingar.

Tala om för mig och jag glömmet

Visa mig och jag minns

Gör mig delaktig och jag förstår

(kinesiskt ordspråk)

Tidigare utgivna rapporter i FoU-Jämmts rapportserie

- 2010:3 Marianne Westring Nordh. Socialt innehåll i vardagen för äldre i särskilda boenden. Ett utvecklingsarbete tillsammans med personal.
- 2010:2 Catharina Höijer. Förebyggande hembesök. En gemensam modell i Jämtlands län?
- 2010:1 Catharina Höijer. Förstärkt stöd till anhöriga som stödjer och hjälper en närstående. Utvärdering av länsprojektet 2007–2009
- 2009:4 Marianne Westring-Nordh. Kartläggning av insatser riktad till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Jämtland
- 2009:3 Bodil Evertsson, Elenor Ivarsson och Magnus Zingmark. Jag behöver hjälp med min mat! Vad är behovet?
- 2009:2 Catharina Höijer. Håll i och håll ut. Utvärdering av en aktivitet inom ramen för Kompetensstegen
- 2009:1 Magnus Zingmark. Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig – En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser
- 2008:12 Catharina Höijer och Ewa Nordström-Johansson. Samordningsförbundet för psykiskt funktionshindrade i Jämtlands län – Samordning i förändring
- 2008:11 Birgit Eriksson. Hur har det gått? Adoptivbarn och samhällets stöd
- 2008:10 Markku Paanalahti. Kroniska strokepatienters perspektiv på funktionsproblem i ordinärt boende
- 2008:9 Catharina Höijer och Elisabeth Magnusson. Från asylhem till eget hem – ensamkommande asylsökande barn
- 2008:8 Bengt Åkerström och Gunilla Henriksson. Inventering av psykiskt funktionshindrade samt livskvalitetsundersökning i Jämtlands län
- 2008:7 Marianne Westring Nordh och Ingela Bergström. Projekt kommer och går vilka kunskaper är det som består? Utvärdering av Bergs samordningsförbund

- 2008:6 Marianne Westring Nordh. 15 eller 27 extra dagar – gör det någon skillnad? En uppföljningsstudie av 3-3 modellen i Krokom
- 2008:5 Marianne Westring Nordh. Familjekrafts fortsatta utveckling och familjebehandlings långsiktiga effekter
- 2008:4 Magnus Zingmark. Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser i gränlandet mellan Socialtjänstlagen och Hälso- och Sjukvårdslagen
- 2008:3 Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson. Att färdas framåt tillsammans!? - Utvärdering av samordningsförbundet i Strömsund
- 2008:2 Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson. Att vara eller hur vara – det är frågan? Utvärdering av samordningsförbundet Östersund
- 2008:1 Catharina Höijer. Socialpsykiatriska teamet i Krokoms kommun – en utvärdering
- 2007:4 Lotta Svensson. Att gå från god vilja till vågad förändring – Utvärdering av Bräcke ungdomsprojekt
- 2007:3 Marianne Westring Nordh och Jonna Nordh Börresson. Mortalitetsrapport för åren 2005 och 2006 Östersunds beroendecentrum
- 2007:2 Marianne Westring Nordh. Utvärdering av Strömsunds familjevårdsteam
- 2007:1 Marianne Westring Nordh. Intensiv, flexibel behandling på hemmaplan -utvärdering av projektet Familjekraft i Krokoms kommun
- 2006:5 Kerstin Andersson-Thorell, Ingrid Christensen, Jonna Nordh Börresson och Marianne Westring Nordh. När och varför gör den kommunala distriktssköterskan tillfälliga hembesök
- 2006:4 Markku Paanalahti. Hemträningens effekt på funktionsförmågan på kroniska strokepatienter i ordinärt boende
- 2006:3 Eva Karlsson, Nils Mårtensson och Anders Sätherhag. Kommunikationsutveckling – autism/funktionshinder
- 2006:2 Magnus Zingmark. Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering
- 2006:1 Maritha Månsson, Ann Nordholm, Lena Andersson, Annelie Mikaelsson och Ulla Ekman. Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst
- 2005:3 Karin Nykänen och Lena Olofsson. Internationella adoptioner i Jämtland - utveckling av föräldraförberedelser
- 2005:2 Henry Lundmark. Med Dagmars ögon

- 2005:1 Suzanne Göransson. Varför söker inte anhörigvårdare stöd?
- 2004:4 Irène Ahlnäs-Toft. Brukarinflytande i hemvården
- 2004:3 Bengt Åkerström och Ingrid Nilsson. Samhällsstödet till barn och ungdomar med funktionshinder och deras föräldrar i Jämtlands län
- 2004:2 Susanne Olsson. Det är som en extrafamilj
- 2004:1 Elisabeth Carlander-Blom och Ingrid Lund-Bouvin, Kerstin Björkman Randström, Barbro Amrén och Birgitta Borglund. Den kommunala distriktssköterskan
- 2003:1 Bengt Åkerström och Gunilla Westerdahl. Utvärdering av projektet Vårdknuten
- 2002:3 Anna-Lena Näsström. Är jag en sån där anhörigvårdare jag?
- 2002:2 Theres Bergström, Marie Nilsson, Björn Bergvall, Veronica Holmberg och Fredrik Olsson. Äldreomsorg, IFO, LSS & Rehab i Krokoms kommun
- 2002:1 Sven Jonasson. FoU-enhet för socialt arbete och den kommunala hälso- och sjukvården i Jämtlands län. Projektplan

Rapporten DIA – Delaktighet i Aktivitet är resultatet av ett FoU projekt som finansierats med medel från FoU Jämt. FoU projektet har planerats och genomförts av Maritha Markusson (Månsson) medicinskt ansvarig för rehabilitering i Östersunds kommun tillsammans med en arbetsgrupp bestående av de olika professionerna i hemteamet.

Vård och omsorgsplanering är en central aktivitet i den kommunala hemrehabiliteringen. Sedan 2000 har det i Östersunds kommun pågått ett metodutvecklingsarbete i syfte att stödja brukarens delaktighet i planering, genomförande och uppföljning av insatser. Trots alla pågående aktiviteter för att förbättra delaktigheten för brukaren har det saknats en gemensam struktur som stöd för hur det är möjligt att bjuda in brukaren i planeringen.

Syftet med FoU projektet var initialt att utveckla ett instrument där brukaren själv skattar sin förmåga och därmed få underlag för målformuleringar och planering tillsammans med berörda behandlare. Allt eftersom utvecklades insikten att instrumentet var en metod som bestod av ett självskattningsformulär, ett strukturerat samtal och Min Plan. De olika delarna var för sig och tillsammans bidrar till förbättrad delaktighet hos brukaren.

Rapporten beskriver förutom metoden också arbetsprocessen med att utveckla metoden. För innehållet i rapporten ansvarar Maritha Markusson, MAR i Östersunds kommun.

Kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län