

Agneta Nilsson

2018-06-15

Bilaga till slutrapport om
kompetensbehov för ett rehabiliterande
arbetsätt i Örebro kommun

Åtta intervjuer – om rehabiliterande arbetsätt och teman för kompetensutveckling

I intervjuer med några professionella speglas rehabiliterande arbetsätt – om teamsamarbetet som en dag försvann, om innehållet i en framtida kompetensutveckling där centrala teman som formulerandet av mål i genomförandeplaner, samtalsmetodik, teamsamarbete och hälsofrämjande arbete finns med. Utmaningen i den satsning som är på gång är att alla professionella behöver omfattas av ett gemensamt ”tänk” och därmed skapa en gemensam kultur om rehabiliterande arbetsätt.

I samtalet runt bordet, vid ett av arbetsgruppens möten, framkom med all tydlighet hur delar av ett rehabiliterande arbetsätt redan hade funnits men på grund av omorganisationer hade klingat bort. Vid en del enheter finns det fortfarande kvar som öar, medan det vid andra är borta.

Som en av deltagarna i arbetsgruppen beslöt jag mig för att borra lite vidare i några yrkesgruppers erfarenheter av rehabiliterande arbetsätt och deras synpunkter på innehåll i en kommande kompetensutveckling.

De intervjuade är: ¹

Inga Blomstrand, MAR, ansvarig för rehabilitering/ arbetsterapeut, vård och omsorg

Åsa Erkers, arbetsterapeut (arbetar just nu med ett projekt kring fallprevention)

Jonathan Gustafsson, pedagogisk verksamhetsutvecklare, funktionshinder

Maria Jansson, fysioterapeut (har arbetat inom projektet fallprevention), landstinget

Sofia Karlsson, planerare (med förflutet som arbetsterapeut och seniorlots)

Jenny Nygårds, avdelningschef, funktionshinder

Merethe Paulsen, sjuksköterska, hemsjukvården, väster, områdesansvarig

Anneli Söderberg, seniorlots, frivillig och hälsofrämjande enheten

Från långvård – till ”träning” i hemmet

Självklart finns i flera professionellas huvuden – hur ska rehabiliterande arbetsätt gestaltas den här gången? För Inga Blomstrand känns det som en fjärde gång men denna gång är det en större utmaning, menar hon.

”Utmaningen den här gången är att satsningen är över hela kommunen, då måste alla vara med på tåget. Tidigare har det riktat sig till dem som arbetat med rehabilitering. Det har varit en begränsad grupp.”

Men dagens rehabilitering skulle kunna bli betydligt bättre. *”Vi kan ta strokevården som exempel. Vid en stroke tas man om hand, det ordnas med allt och behandling sätts in de första veckorna. Men när man väl passerat det, när man inte kan göra några medicinska historier, åker man ut fort som sjutton. Men en person som fått stroke kan ju ha förbättringar i många år och där är det dåligt idag. Det är rätt så komplicerat och svårt.*

¹ De sex intervjuade har godkänt sina citat i texten.

När man kommer till vårdcentralen tar man blodtrycket men det är inte särskilt mycket aktiviteter, man lägger inga planer. Och där finns idag en stor brist.”

Inga Blomstrand tog sin examen som arbetsterapeut 1974, hon har varit i yrket 44 år och har erfarenhet av alla olika verksamheter. Från arbete i slutenvård, på rehab klinik med högspecialiserade team och rehabiliteringsläkare till att all träning skedde i hemmen.

Arbetsterapi och sjukgymnastik kom att byggas ut på alla möjliga avdelningar. *”Inom långvården kunde patienterna komma hem igen efter att de fått träning och blivit pigga.”*

Utvecklingen ledde till att alltför började arbeta i öppenvård och i mitten av 1980-talet bestämde man sig för att bygga ut vårdcentralerna i hela länet. Man kunde till exempel välja nivåer hur mycket rehab man ville ha på vårdcentralernas hemsjukvård. *”Man la inte lägsta nivå utan medel, man anställde genom Ädelreformen 35 nya arbetsterapeuter i länet i hemsjukvården. De åkte hem till folk och tränade dem hemma och då blev de inte så vårdberoende. Det hade vi inte gjort förut, det var ju roligt, intressant och spännande. En sådan tjänst fick jag i Lekeberg.”*

Genom Ädelreformen 1992 flyttades långtidsvården till kommunal regi och även arbetsterapeuterna blev kommunalt anställda. Sjukgymnasterna blev kvar i landstinget men de skulle serva hela det primärkommunala området. *”Den gränsdragningen försöker vi idag förändra”.* Statsmakterna ville också satsa på rehab med korttidsvård men Inga menar att TIDEN fanns då, vilket den inte gör idag. Hon tar exempel från när hon arbetade i Skebäck.

”På Skebäck tillkom en rehab enhet, där vi tog emot folk från slutenvården som skulle tränas för att kunna gå hem igen. Det lyckades vi bra med – men tiden fanns då mycket mera. Till exempel från att en kvinna inte kunde äta själv så kunde hon sedan göra alltmer... när hon skulle skrivas ut så kunde hon städa sitt rum själv. Hon var åtta månader på Skebäck. Idag ska samma process ske på fjorton dagar och det går ju inte.”

Inga Blomstrand har, sedan hon blev anställd som MAR, kunnat lyfta frågor centralt och hon menar att personal idag kan säga att ”rehabiliterande arbetssätt, det har man”. Men det är en sanning med modifikation. *”På en del ställen är personalen jätteduktig, men på andra ställen finns inte tillstymmelse till rehabiliterande arbetssätt”,* säger hon. Det har gått upp och ned enligt Inga Blomstrand. Att träna folk i sitt eget hem, då behöver man mindre hemtjänst. *”Hade vi kunnat fortsätta på den vägen, då hade det idag kunnat se annorlunda ut inom rehabilitering”,* säger hon.

År 2009 och 2010 hände något vid en omorganisation i kommunen. Då skulle biståndet bli på ett annat sätt. Biståndshandläggarna skulle göra det fristående i sina beslut. Framför allt teamarbetet slogs sönder, vilket är en helt central del av rehabiliterande arbetssätt. *”Innan dess jobbade vi i team, vi jobbade tillsammans och vi kunde säga att nu behövs lite mer bistånd; vi språkade med varandra, men det ansågs inte rättsäkert, så då tog man bort biståndshandläggarna och satte dom centralt.”*

Teamen började efter 2009 alltmer slås sönder. Nu blev det omvårdnad för sig och hälso- och sjukvård för sig. Verksamheter delades upp i stuprör och det fördes in ett ekonomiskt tänkande som försvårade rehabilitering. Vården kunde nu antingen vara i kommunal- eller bolagsform. Ersättningsystemet uppmuntrade inte rehabilitering eftersom verksamheterna såväl i egen regi som bolagsform vill ha så hög ersättningsnivå som möjligt för mer sjukvårdande tjänster. Enligt Inga Blomstrand har det blivit *”alltmer av ett sjuktänkande än ett frisktänkande”.*

Kommande kompetensutveckling – några förslag på teman

Nedan tar de åtta intervjuade upp ett par av de problem de dagligen möter och ger sedan förslag på några teman för kompetensutveckling. Någon heltäckande analys av behov och kompetens görs inte utan texten ska snarare ses som en idé hur man i det kommande kompetensutvecklingsarbetet kan behöva bryta ned varje enskilt tema utifrån olika yrkesgruppers behov. Varje tema kräver sin särskilda pedagogik där teori och praktik vävs samman. Den primära pedagogiken för kompetensutveckling bör ta sikte på kollegialt lärande, där dialogen mellan olika professionella är i entrum.

Ett grundtema, som alla har berört, är att få basal kunskap om **begreppet rehabiliterande arbetssätt** – vad gör det för nytta för en patient eller en boende? Vilka krav ställer ett rehabiliterande arbetssätt på personalens förhållningssätt? Vad säger senaste forskningen och vilka erfarenheter finns i de nordiska länderna?

Fysioterapeuten Maria Jansson säger: *”Man måste veta vad det gör för nytta, vad skillnaden mellan olika förhållningssätt är; om man gör för mycket åt ’Elsa’ så tar man bort hennes förmågor. Det kanske man inte alltid tänker på...”*

Även Jonathan Gustafsson, som arbetar som pedagogisk verksamhetsutvecklare inom funktionshinder, menar att den kultur eller de förhållningssätt som skapats inom en verksamhet självfallet påverkar den boendes livsvillkor. *Den största utmaningen är personalens värderingar och den kultur de är präglade av. Personalens värderingar sätter en stor prägel på brukarens liv och levnadsvanor...vilken mat de äter, hur de tränar, ja, vad de gör eller inte gör om fem år, vilken sysselsättning de vill ha, var de vill bo...*

Begreppet rehabilitering skiljer sig från habilitering, det framhäver de två intervjuade inom området funktionshinder. Habilitering är det begrepp som används inom området funktionshinder. Rehabilitering är att återfå något som gått förlorat, säger Jonathan Gustafsson.

Inom vår förvaltning blir det problematiskt eftersom vi arbetar enligt LSS. Vi ska inte rehabilitera någonting, vi har inget sånt uppdrag. Enligt socialtjänstlagen däremot har man uppdrag att rehabilitera, man ska ut på arbetsmarknaden, ut ur försörjningsstöd. Inom habilitering handlar det om att så gott som möjligt, med de funktionshinder man kanske haft sedan födelsen, leva ett så fullgott liv som möjligt.

Jenny Nygårds, avdelningschef inom funktionshinder, framhåller också att begreppet rehabilitering är mer invecklat inom området funktionshinder där personalen hellre talar om habilitering. *Inom vård och omsorg arbetar man med att få tillbaka en förmåga, som man haft. Inom funktionshinder har ofta personen inte förmågan från början. Du kan inte rehabilitera någon om den inte har ben, men du kan habilitera personen, det vill säga att utveckla så långt det är möjligt.*

Begreppet rehabiliterande arbetssätt, med betoning på arbetssätt, behöver förtydligas, enligt Jenny Nygårds. *I begreppet rehabiliterande arbetssätt ingår så mycket mer, inte enbart rehabilitering eller habilitering utan även hälsofrämjande arbetssätt och förebyggande insatser.*

Tema: Genomförandeplaner – formulera mål, följa upp och utvärdera

De intervjuade berättar om de problem som de ser med de individuella planerna eller genomförandeplanerna. *”En samordnad individuell plan kommer ursprungligen från rehabgrupperna”,* säger Inga Blomstrand, *”där är teamarbete en nyckel.”*

”I en samordnad individuell plan ska man hjälpa den enskilde att komma fram till vad denne har för mål, till exempel att jag faktiskt vill bli självständig på toaletten. Då måste hela teamet vara medvetet om detta mål, vad kan de olika professionella göra för att personen ska nå sitt mål... Här är inte minst arbetsterapeuten och

sjukgymnasten viktiga för att motivera hela teamet. Hos vårdpersonal kan det finnas ett större motstånd av att det inte går...

Även Sofia Karlsson ser idag problemet med hur genomförandeplaner utformas och följs upp. En genomförandeplan, menar hon, ska beskriva hur en beviljad insats praktiskt ska genomföras. ”Den enskildes unika levnadsberättelse är en utgångspunkt för vården och omsorgen”, säger hon. Anpassning måste alltid ske utifrån personens nuvarande behov, vanor och rutiner. De är ålagda att följa upp mål i dokumenterade genomförandeplaner, minst var tredje månad. Planeringen sker tillsammans med den enskilde och/eller dennes företrädare. Den enskildes individualitet ska synas i plan, genomförande och uppföljning samt i den löpande dokumentationen. Den enskilde har rätt att ta del av innehållet i den dokumentation som gäller henne eller honom. Men, menar Sofia Karlsson, det ställer också stora krav på att personalen gör rätt om vi ska kunna leva upp till ovanstående.

”Genomförandeplanen måste vara aktuell. Många genomförandeplaner är inte aktuella, de är äldre än tre månader. En hel del personer saknar helt en genomförandeplan, det finns ingen upprättad överhuvudtaget. Genomförandeplanerna ställer krav på att de utförs på rätt sätt. Där ser vi idag stora brister. Det brister i basala och grundläggande kunskaper hur man upprättar en genomförandeplan så att det möter individens behov. Den planen följer individen från ett beslut till dess att personen inte längre behöver ett beslut. Det handlar om individens rätt att vara delaktig i sin vård och omsorg.”

Sofia Karlsson tror att bristerna bottnar i att man egentligen inte förstår syftet med planen, då har man heller inte motivationen att göra det på ett bra sätt. ”Det gäller att förstå varför man ska greppa helheten, varför man ska ha med olika delar och varför planen ska uppdateras minst var tredje månad för att vara aktuell, ja, t o m tätare vid behov. Vi ser ju att det inte efterlevs så bra.”

I dagens planer blir det mer av generella mål, menar Sofia Karlsson. Det är mål kring hälsa, att må bra, känna sig trygg istället för att fokus på den specifika individens mål. ”De generella målen är inte på samma sätt mätbara eller meningsfulla för individen.”

Även Maria Jansson, fysioterapeut, tar upp svårigheten att tillsammans med personen formulera mål. ”Patienten är inte alltid van vid att kunna formulera mål på det sättet och allt beror på vilken sjukdomsdiagnos personen har. I en del fall är det betydligt lättare, i andra fall svårare.” Det handlar bland annat om att personen inte heller vet vad den kan erhålla för insatser, helt enkelt vad den kan begära. I de flesta fall menar Maria Jansson att hon skulle vilja erbjuda betydligt mer av fysioterapi för att personen ska bli snabbare rehabiliterad. Det första hindret är att hon som fysioterapeut inte får kännedom om alla patienter där specifik träning skulle behöva sättas in. Och där saknar hon idag teamet.

”Det är stor omsättning i personalgrupperna och alla är inte är medvetna om att det skulle det vara bra med en sjukgymnast. Personalen är inte utbildad, det har tappats mycket i rehab tänkandet, något som underhålls förut. Idag har man inte koll på hur mycket kunskap personalen har. Tidigare när vi hade team varje vecka kunde vi alla fånga upp det på ett annat sätt. Vad kan var och en göra för att personen ska få uppnå det den vill – vad kan du göra, vad kan vi göra tillsammans?”

Uppföljning av planer är viktig i ett rehabiliterande tänkande och Maria Jansson tycker att det finns stora brister. Som fysioterapeut lägger hon in sina beslut om t ex specifik träning för en person (HSL insatser) i kommunens system Treserva, men uppföljningen av beslutet fungerar ofta inte.

”Personalen ska höra av sig om det är problem eller om man undrar över något. Detta sker aldrig, det är sådant jag upptäcker vid en uppföljning jag själv initierar. Då ser jag att den här övningen har de inte kört på hela tiden för personalen tyckte den var svår – men då undrar man ju varför har de inte sagt något om det? Vi har små resurser, man kan inte själv hela tiden ta initiativ; vi måste lita på att de hör av sig till oss, vilket vi är noga med att betona i beslutet.”

Maria Jansson lyfter fram att om alla idag skulle få rehabiliterande insatser på ett sätt som hon tycker vore önskvärt, då skulle hon inte hinna med eftersom de är för få fysioterapeuter. Det är idag totalt 5,5 tjänster i hela kommunen och deras insatser spänner över ett stort område i regionen.

När det gäller mål och individuella planer inom området funktionshinder anser Jenny Nygårds att arbetet med att formulera mål många gånger är svårt.

Det blir inte så tydligt med målen i biståndsbesluten därför jobbar vi med genomförandeplaner där vi får testa, utvärdera och fråga. Och vi kan inte alltid fråga hur...har man ingen förmåga att kommunicera är det observationsmodeller vi arbetar med, till exempel humörscheman där vi skriver ned varje kvart hur personens mående är för att sedan utvärdera om vi gjort rätt justering. Men sedan ha vi förstås personer i vår verksamhet som också kan uttrycka sina egna mål.

Inom funktionshinder arbetar vi idag inte tillräckligt systematiskt, anser Jonathan Gustafsson. Han jämför med sjukvården som han menar är bättre på struktur än förvaltningen inom funktionshinder. Han menar att denna brist är något som syns i alla led och att avsaknaden av tydliga mål visar sig i bristen på uppföljning, menar han.

Man följer inte upp ordentligt...Du kan inte följa upp för du vet inte vad du följer upp i och med att det inte finns tydliga mål. Det kan gå flera år innan insatser är dokumenterade. Många inom förvaltningen är jätteduktiga på att kommunicera med brukarna, men när det kommer till att sätta mål är den biten svår...Det kan bli bättre och i en brukarenkät kom fram att man inte förstår vad personalen säger eller pratar om.

Tema: Samtalsmetodik

Hur för man ett samtal där personalen ska stödja personen att formulera sitt mål med sin rehabilitering? Samtalet är ett verktyg när personalen utarbetar genomförandeplaner. Vad kännetecknar en god dialog? Hur kan man på bästa sätt få fram vad personen vill och önskar? Hur ställer man frågor? Vilka frågor ställs? Vem ska ställa frågorna? Hur får vi veta vem personen är, dess livsberättelse etc.

Åsa Erkers betonar hur viktigt det är att personen tidigt får stöd att formulera vad den vill, men att den kan behöva stöd för att kunna sätta ord på det.

"Man måste utgå från det som är friskfaktorer för alla människor... Det handlar många gånger om att vara nyfiken på den person som man möter, man kan komma långt med att vara nyfiken. Man ska inte ta för givet vad det är för en person utan låta den visa och berätta i stället. Det handlar om att vänta in och vänta ut. Man måste ha tålmod med rehabilitering."

I jämförelse med vård och omsorg finns i arbetet med funktionshinder helt andra förutsättningar. Det krävs mycket tid för att få fram vad en person vill och kan uttrycka, menar Jenny Nygårds. *Det krävs alternativ kommunikation med mycket bilder och detta kräver förarbete. Hur långt man kommer i samtalet beror på personalens förmåga att tolka servicemotagarens signaler, deras beteende och mående. Med vår målgrupp är det viktigt att man är lyhörd för det är så subtila signaler.*

Maria Jansson har erfarenhet hur olika det kan vara mellan personal när det gäller att ställa frågor utifrån ett samtalsformulär. Det är lätt att ett samtalsformulär blir tekniskt. Någon har talang att styra samtalet på ett sätt att personen verkligen får fram sina behov och sin vilja, medan en annan inte alls är van vid att föra sådana samtal utan sitter och läser inantill ur formuläret.

"Får man då inget svar går man till nästa fråga. När man inte känner sig trygg och säker blir det ingen flexibilitet i samtalet. Det är något man kan behöva träna på hela tiden."

Åsa Erkers talar om att ha fingertoppskänsla kombinerad med en kompetens hur man för samtal. HUR säger vi och VAD säger vi, och i VILKET sammanhang?

”Att kunna läsa av en annan människa och veta precis när man ska ligga steget före och när man behöver backa, det kräver en fingertoppskänslighet. Det handlar om att hitta motivationen hos en person och det krävs kompetens kring hur man ställer frågor som kan locka fram ett svar. Man kan ställa en fråga och svaret blir nej per automatik. Det är viktigt att skaffa sig en kunskap utifrån varje person man möter, vad är det för person? vad har personen för begränsningar och förutsättningar? Här behövs också kunskap om diagnoser så att man får en förståelse varför personen är på ett visst sätt.”

De flesta inom Örebro kommun verkar ha genomgått utbildningen ”Motiverande samtal”. Sofia Karlsson nämner i intervjun att det kan vara svårt att implementera denna på en hel personalgrupp, eftersom den ställer krav på ständig uppföljning. *”Man behöver jobba med metoden hela tiden för att hålla den igång. Det är faktiskt inte så många sådana samtal man lyckats med i sin karriär. Det krävs tålmod, veta när man ska backa, veta när man ska plocka upp... Det är knepigt... Det finns således mycket kunskap hos personalen redan nu – men det gäller att få till det!”*

Som seniorlots har Anneli Söderberg erfart att alla som arbetar med hälsofrämjande insatser inte står på samma grund när det gäller samtalsmetodik. Det är en konst att hålla i ett samtal, menar hon, ett samtal som dessutom, när det är riktigt bra, kan påverka en annan människa att göra andra aktiva val i livet. *”När vi haft seniorträffar på våra träffpunkter i kommunen har en del av aktivitetsvärdarna varit samtalsledare och då kan man ibland se behovet av motiverande samtal även hos dem... Ett kvalificerat samtal kan förändra så mycket i en människas liv.”*

Hon skulle önska att fler fick gå utbildningen i motiverande samtal men hon understryker att det är ett kompetensområde som hela tiden bör underhållas. *”Man lägger av sig och ramlar tillbaka. Det räcker inte med en enda utbildningskurs, det behöver fyllas på kontinuerligt. Men själva grunden har man ju med sig, att man inte kommer med pekpinna utan lägger tillbaka frågan hos individen.”*

Tema: Teamsamarbete

Teamets betydelse återkommer i intervjuerna. Men teamarbete – hur kan det se ut? Inga Blomstrand tar ett exempel från när hon arbetade på Skebäcks rehabiliteringsenhet. Som arbetsterapeut var hon den drivande i en verksamhet med tolv patienter och heltids-sjuksköterska, sedan 3-4 omvårdnadspersonal, sjukgymnast från landstinget och ett sjukgymnastbiträde.

”Tillsammans började vi med personen lägga mål. Vi hade ständig reflektion över patienter, idag började hon gå, idag gick hon si och så långt, ja, då måste vi ju fortsätta med det imorgon. Vi resonerade handgripligt; man kunde också få säga att detta vill eller kan jag inte göra på ett bra sätt så då kunde någon annan i teamet ta hand om det. Vi involverade hela tiden patienten, försökte hitta nya sätt, alla måste vara på... Det är reflektion. Det var inte så att vi varje fredag hade reflektion utan det var reflektion i vardagen. Och det är ju svårt när man springer i hemtjänsten.”

Inga Blomstrand lyfter fram att teamet får en framträdande roll när man ska upprätta en Samordnad Individuell Plan, kallad SIP. Planen ska förenkla samverkan mellan dels kommunens, dels landstingets insatser. Man kan säga att här möts socialtjänstlagens genomförandeplaner (inom SOL) och hälso- och sjukvårdens vårdplaner (inom HSL).² En sådan plan ska göras senast inom tre veckor efter en persons sjukhusvistelse i Örebro.

² Sedan 2010 står i Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen att alla som arbetar inom socialtjänsten och hälso- och sjukvård ska ta initiativ till en samordnad individuell plan, SIP.

”Syftet är att den enskilde ska få en sammanhållen plan på aktuella insatser från alla inblandade och att dessa kan följas upp i nästa sammanhållna plan. Från denna plan som är ”patientens” måste alla intressenter göra sina planer - läkare, sköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut. Det är viktigt att personen själv ska samtycka till att planen upprättas och personen själv måste vara delaktig och ha inflytande.”

Meningen är att planen ska tydliggöra vem som gör vad och underlätta för personen som behöver stöd, vård och/eller omsorg. *”Här är det också viktigt att det utses en kontaktperson, likaså vem som ska kalla till nästa planeringsmöte. Kontaktpersonen har en samordnande roll och blir också en person att vända sig till. Hela tanken bakom SIP är att försöka undvika att personen bollas runt.”*

Åsa Erkers talar också om teamets centrala roll i ett rehabiliterande arbetssätt. Hon har under ett år arbetat i ett projekt kring fallprevention där teamets sammantagna kompetens är nyckeln i arbetet. Det är således personal som är anställda dels i kommun, dels i landsting.

”I vår riskbedömning för att förhindra framtida fall är teamet viktigt – arbetsterapeut, sjuksköterska, fysioterapeut, läkare, omvårdnadspersonal. Varje yrkeskategori tittar på sin del och sedan samlas vi för att tillsammans gå igenom och analysera med personen. Sedan planerar vi åtgärder utifrån det. Först när man ser orsakerna kan vi få fram individuella riktade insatser för den personen, det kan handla dels om högt uppsatta mål, dels mål som ligger nära i tid. Teamet är jätteviktigt för det krävs många olika insatser.”

Sjuksköterskan Merethe Paulsen, som arbetat tillsammans med Åsa Erkers i fallpreventionsprojektet, berättar vilken betydelse teamet hade för att vidga hennes kunskaper om arbetsterapeutens arbete. Arbetet i teamet blev som en vidareutbildning i sig. *”Jag hade en helt annan syn på arbetsterapeutens arbete innan jag började arbeta i teamet. Det gav mig en helt ny kunskap som var ovärderlig. Alla delarna i teamet är så viktiga, de är totalt beroende av varandra. Vi kan inte längre hålla på i var sitt hörn. Teamet ger en helhetsyn.”*

Merethe Paulsen poängterar samtidigt att det är svårt att arbeta i team i den situation som råder idag inom Örebro kommun. Inom fallpreventionsprojektet var det ”den bästa av världar”. *”Tänk om vi hade haft denna resurs till alla patienter! Idag finns det varken tid eller möjlighet att utföra arbetet på det sättet.”*

Att teamarbete bör vara en del av innehållet i kommande kompetensutveckling lyfter Sofia Karlsson fram. *”Vi pratar ju mycket om att vi ska samverka idag, men jag tror att man behöver ha utbildning i hur man samverkar; vad är ett teamarbete, vad innebär det? Vad förväntas av mig? Hur mycket ska jag bidra.”* Precis som övriga intervjuade menar Sofia Karlsson att teamarbete tidigare har förekommit i högre utsträckning än det gör idag. *”Ja, sen gick man ifrån det och nu börjar man arbeta med det igen och då behöver man säkert identifiera vad man menar med samarbete och samverkan.”*

Även Åsa Erkers talar om att samverkan behöver ske på ett visst sätt för att det ska landa rätt:

”Det här att samverka med andra, det är inte så himla lätt. För att man ska nå så långt som möjligt måste man samverka på rätt sätt. Utan personens målsättning går det inte. Kunskap om samverkan och vad krävs för att ett team ska kunna nå ett mål, det tror jag saknas. Det är en viktig del för utan det kan man inte förstå vad man håller på med egentligen.”

En viktig del för att få ett rehabiliterande arbetssätt att fungera är fördelningen mellan sjukvårdande och rehabiliterande personal, menar Inga Blomstrand.

”Jag kommer ihåg en av arbetsterapeuterna i början av 2000-talet som sa till mig att detta är väl fel... ett vårdboende med över 100 patienter har elva sköterskor och en och en halv arbetsterapeut. Hur ska man klara en individuell behandling på varje person och stödja personalgrupperna med ett individuellt bemötande. Med en sådan obalans förstår man vad man satsar på, det är vård som gäller och inte rehab”.

Åsa Erkers kan också se att inom vård- och omsorgsboende haltar balansen mellan det som är vård och det som är rehab, vilket försvårar teamarbetet. Men det handlar också om hur vård och

omsorg idag är organiserade inom kommunen. Kommunens ledning behöver skapa förutsättningar för att ett rehabiliterande arbetssätt ska kunna fungera, menar Åsa Erkers. Hon lyfter bland annat fram att det behövs tid för samverkan men också en organisation som underlättar teamsamarbete.

”När det är EN arbetsterapeut på ett boende med 80 personer blir det svårt att arbeta hälsofrämjande, det går inte. Sen tillkommer teamsamverkan, det kräver tid att träffas och samverka. Så tyvärr vill jag säga att det är dåliga förutsättningar idag för teamsamverkan. Resurserna är en del men också hur man är organiserad, där olika yrkesgrupper har sin egen organisation – hemvård, hemtjänst, primärvård med mera.”

Även Maria Jansson har tidigare nämnt om hur hon saknar det teamsamarbete som tidigare funnits. Teamet, menar hon, är nyckeln i ett rehabiliterande arbetssätt. De är där man stödjer varandra, tar upp småsaker som har betydelse i den rehabiliterande processen. *”Idag har man ingen koll på det, man är långt från varandra, teamträffar är för de flesta högst en gång i månaden. De var inte perfekt tidigare heller men om man jämför med dagens situation, så skulle man vara nöjd.”*

En försvårande faktor för fysioterapeuterna är att dessa tillhör landstinget, något hon menar är mycket ovanligt i andra delar av landet.

”När jag har varit på utbildningar med fysioterapeuter från andra delar i Sverige blir de helt förskräckta när de hör hur lite resurser det finns i Örebro och att vi inte hör till kommunens organisation. Svårigheten är ju bland annat att vi inte har samma journalsystem. När jag ska skriva in i journal om en patient måste jag lägga det i Treserva. Jag måste logga in på ett speciellt sätt, det gör det svårare, det tar mycket tid.”

Men hur är teamsamarbetet i verksamheterna med funktionshinder? Både Jenny Nygårds och Jonathan Gustafsson anser att teamsamarbete är ett framtida förbättringsområde.

Jenny Nygårds menar att för att kunna arbeta med rehabiliterande arbetssätt behöver man få till ett teamsamarbete där man kan hjälpa varandra att tänka nytt.

”Vi har mycket ensamarbete och små grupper. Våra medarbetare vill ha mer mötestid, vi behöver bli bättre på att koppla in rätt person utifrån behoven och att tänka utanför boxen; vi har mycket resurser inom vår box men saknar verktyg och metoder för att arbeta på ett mer strukturerat sätt och mer i team.”

Samarbete sker idag, enligt Jonathan Gustafsson, mest inom en personalgrupp, till exempel kring ett boende. Däremot är det inte mycket samarbete mellan personalen som arbetar på ett boende och personalen i daglig verksamhet. *”De har bristfällig kontakt med varandra. Det är samma brukare på de två ställena men om det händer något i den dagliga verksamheten så stannar det där. Det har heller aldrig varit så. Det finns inga forum eller mötesplatser för samverkan och jag är osäker om man kan se varandras journalanteckningar.”*

Tema: Medvetenhet om friskfaktorer, hälsofrämjande och förebyggande arbete

Sofia Karlsson som tidigare arbetat tillsammans med seniorlotsarna i kommunen menar att alla som arbetar med ett rehabiliterande arbetssätt behöver ha kunskap om hälsans fyra hörnpelare: social gemenskap, goda matvanor, fysisk aktivitet, delaktighet och meningsfullhet. *”Framför allt kring det sista finns det idag en kunskapsbrist där det brister inte minst kring delaktighet och att insatserna måste bli meningsfulla för just den specifika individen.”*

När man är frisk...

Idag finns åtta seniorlotsar med olika professionell bakgrund – distriktssköterska, audionom, folkhälsoutvecklare mm. Seniorlotsarnas strävan är att nå ut till alla dem som ännu inte haft kontakt med vare sig hemtjänst eller hemsjukvård. Insatserna syftar till att äldre så långt som möjligt ska kunna bevara ett självständigt liv och få leva ett liv fullt ut, säger Sofia Karlsson.

”Seniorlotsarnas verksamhet genomsyras av hälsans fyra hörnpelare oavsett om det är individuella samtal, gruppsamtal, föreläsningar eller festival.”

I Örebro har man även anordnat Seniorfestival, som med åren vuxit och blivit ett stort evenemang under en hel vecka. Det är en vecka full av aktiviteter och som ska inspirera till ökad livskvalitet. Under veckan deltar föreningar och träningsanläggningar som har erbjudanden och ”prova på saker”. Här finns också föreläsningar. Allt avslutas på Conventum med 4000 besökare, där det är musik, aktiviteter, zumba, modevisningar och underhållning.

Men hur fungerar det idag? Hur många deltar? Anneli Söderberg arbetar sedan åtta år tillbaka som seniorlots och är utbildad distriktssköterska. Seniorlotsarna arbetar gentemot dem som har fyllt 75 år. De får via brev ett erbjudande om ett hälsosamtal och om personen tackar ja gör de ett hembesök. *”Då pratar vi om livsstil, hur man har det, om förändringar i livet, vi utgår alltid från hälsans fyra hörnpelare. Vi har en manual som vi går efter. Det styrs lite vad det är för person man träffar och hur ofta vi kommer att besöka personen.”*

Om man tackar ja till ett sådant hälsosamtal erbjuds man ett besök varje år, men det beror också på individens behov hur ofta vi har kontakt. Det finns dem vi träffar mycket oftare än så.

Svårigheten med uppdraget som seniorlots har varit att de äldre inte tackar ja i så stor utsträckning. Tidigare skickade de brev till alla dem som inte hade några insatser inom hemtjänst. De följde upp brevet genom att ringa upp var och en, vilket självfallet tog mycket tid, menar Anneli Söderberg. Men – de hade då 50-60 procent svarsfrekvens. Idag ringer man inte upp, allt bygger på att personen tar eget initiativ. De kan skicka in en blankett, anmäla sig via nätet eller höra av sig till Servicecenter för att boka ett hembesök.

Anneli Söderberg menar att de har fått byta strategi för att nå flera.

”Vi gjorde om brevet så vi formulerade det på ett annat sätt. Vi har beslutat oss för att gå in i ett område i kommunen, Oxhagen. Vi har tagit ett större åldersspann, 65-75 år och vi ska vi ringa upp samtliga. Detta är nytt för i år. Breven gick ut i mars 2018 så än har vi inte hunnit se om antalet hembesök ökat.”

I Örebro kommun finns s.k. ”Träffpunkter” på nitton olika ställen, en del är öppna varje dag, någon 1-2 dagar i veckan. De är mötesplatser som har olika program för seniorer, insprängt ibland på ett seniorboende eller i egen fristående lokal, säger Anneli Söderberg. *”Träffpunkterna erbjuder promenader, gymnastik, underhållning, högläsning, kaffestund mm. De som arbetar där är aktivitetsvårdare och det finns också volontärer. I arton av nitton träffpunkter är det anställda. På en träffpunkt är det enbart volontärer.*

När Anneli är på hembesök hos en person, som hon upplever är i stort behov av social samvaro, kan hon följa med personen till en av träffpunkterna och se till att personen kommer in i en social gemenskap. *”Det kan vara främmande för personen att gå dit ensam första gången... men det brukar alltid lösa sig fint. Vi har bra kontakt med aktivitetsvårdarna på träffpunkterna. Träffpunkterna är en mötesplats som är öppet för alla, även för de som inte bor på seniorboende”*

Men hur skulle de hälsofrämjande insatserna som görs av seniorlotsarna kunna utvecklas ytterligare? Anneli Söderberg ser behovet av att nå ut till primärvården, till de olika vårdcentralerna. *”Vårdcentralerna skulle kunna göra en hel del främjande insatser. Vi skulle kunna göra hembesök hos personer som besökt vårdcentralen och visa på olika möjligheter i Örebro kommun. Tyvärr finns inte den samverkan idag mellan regionen och kommunens verksamheter.”*

Men även hemtjänst och vård- och omsorgsboende borde vara viktiga, enligt Anneli Söderberg. *”Inom hemtjänst arbetar vi inte, inte heller på vård- och omsorgsboende. När vi gör våra hembesök kan de vara på ett seniorboende hos personer som inte får någon omvårdnadshjälp.”*

Samarbete, menar Anneli Söderberg blir ofta personbundet, det stannar lätt av när det kommer nya personer på olika tjänster. *"Men nu jobbar vi med en hälsoutvecklare som sitter under kommunstyrelseförvaltningen så vi hoppas det kan hända lite mera."*

När frågan ställs om vad de ytterligare kan utveckla nämner Anneli den tidigare nämnda satsningen på att nå mer utsatta grupper genom att fokusera på enskilda stadsdelar och dra erfarenheter av detta. Hon lyfter också fram de nitton träffpunkterna som idag finns inom Örebro kommun. Utmaningen i dag för träffpunkterna är vilka aktiviteter man ska ha, vilka aktiviteter kan locka till att fler seniorer besöker träffpunkterna. *"Vi måste också utveckla samarbetet med civilsamhället och studieförbunden."*

Utmaningen är att möta olika grupper med olika utbud av insatser. Som ett exempel tipsar Anneli Söderberg om en film som är gjord utifrån att 20 seniorer åkte på sommarkollo på Medevi Brunn. *"En lyckad och mycket uppskattad insats där flera volontärer deltog."*

När man är sjuk och är på ett boende...

Det finns en gräns uppsatt för insatser som skär mellan dem som inte har någon vård och omsorg och de som har. Hälsofrämjande insatser är dock lika viktiga för dem som redan är inom ett vård- och omsorgsboende, säger de intervjuade.

Merethe Paulsen, med erfarenheter från fallpreventionsteamet, menar att den hälsofrämjande insatsen inte enbart innebär att man ska undvika att ramla, att falla, utan teamet vill också främja det psykiska välbefinnandet.

"Det handlar om livs kvaliteten, att känna att man kan klara sig själv bättre, att inte vara rädd; att förbli självständig och inte vara beroende av andra. Man vill helt enkelt klara sig själv så långt det går. Därför måste man vara där tidigt, helst innan personen börjar komma in i en risk. Muskler måste underhållas, det är en försäkring, det är lätt att när man har ont sätter man sig ned. Det är lätt att man kommer in i en ond cirkel."

Men Merethe Paulsen menar också att det brister när det gäller att se helheten hos en person. Hon tar nutrition som ett exempel, där en person kan ha gått ned i vikt och där läkaren enbart sätter in lite mellanmål, lite näringsdrycker som man hoppas ska fungera istället för att se hela patienten. *"Istället behöver man undersöka hela patienten: hur smakar maten, hur är det med tänderna? Finns det läkemedelsbiverkningar som bidrar till undernäringen? Det finns så mycket som kan påverka."*

De intervjuade återkommer till de fyra hörnpelarna och de menar att hälsofrämjande insatser inte upphör för att man flyttar till ett boende. Men – på ett boende händer det ofta att man anordnar olika hälsofrämjande aktiviteter som kanske inte alls har någon relevans för individen.

"Meningsfullheten måste finnas med, är det inte meningsfullt för mig som individ spelar det ingen roll om man har femtio olika aktiviteter."

Inga Blomstrand kommenterar också att personalen i olika gruppaktiviteter behöver skilja ut vad de olika individerna vill och önskar i form av hälsofrämjande insatser – annars kan det ha motsatt effekt. *"Många aktiviteter är idag inte individanpassade. Man kör alla till kyrkan oavsett religiositet eller ej. Man borde göra det gruppvis, om man i gruppen samlar dem som vill samma sak. Man kan inte ta för givet att alla vill samma sak..."*

Sofia Karlsson lyfter fram att det hälsofrämjande tänkandet är viktigt för att lyckas med resten i ett rehabiliterande arbetssätt. Hon menar att de kunskaper som finns kring främjande insatser även borde genomsyra boenden och hemvården. *"Odense har bra utbyggda hälsofrämjande insatser, jag tror på något vis att det är grunden. Ett salutogent tänkande behövs i allt man gör. Man kommer långt på det och därför borde alla få en utbildning om de fyra hörnpelarna."* Sofia Karlsson tar måltiderna på ett boende som ett exempel, där måltiderna är en stor del av dagen. *"Här är hela måltidsituationen viktigt, att det får ta mera tid och att det är en viktig del av omvårdnaden. Estetiken i rummet och runt matbordet är också viktig. Att se helheten."*

Åsa Erkers menar att de fyra hörnpelarna bör vara viktiga utgångspunkter hos all personal. Vad är det som gör att människor mår bra, vad är det som främjar hälsa? ”*En människa vill kunna bestämma över sitt liv, man vill vara aktiv på olika sätt, vara i ett socialt sammanhang, ha en bra livskvalitet – men det måste relateras till vad som passar just mig, personens egen vilja. Hela teamet runt personen behöver stå på samma kunskapsgrund.*”

Det Åsa Erkers säger stämmer till en viss del även på området funktionshinder. Det hälsofrämjande arbetet fungerar olika på individ- och på gruppnivå. Jonathan Gustafsson menar att det hälsofrämjande arbetet fungerar relativt skapligt på gruppnivå, som i frågor som rör mat, fysisk aktivitet, alkohol, tobak. *I ett boende kan man förändra matinköpen, föra in fysisk aktivitet i de gemensamma utrymmena som alla kan vara med på om de vill. Men det som saknas är individperspektivet, hur kan vi med den här personen arbeta hälsofrämjande? Då kommer också empowerment in, hur kan vi motivera personen att få mer inflytande över sitt eget liv...*

Hälsofrämjande insatser på gruppnivå, då har flera nytta av insatsen men det finns också en fara i det, menar Jonathan Gustafsson. *De blir inte enskilda individer med sina olika intressen, det blir gruppen mera som styr. Man kan också ställa frågan – vi har brukare som är uppvuxna på institution, vad har det gjort med personen, dess självbestämmande och egenmakt? De får i hög grad en förvärvad maktlöshet.*

Han påpekar också att levnadsvillkoren, som en del av det hälsofrämjande arbetet, borde framhåvas tydligare. *Levnadsvillkor diskuteras väldigt lite, till exempel om man trivs i sin bostad, om man trivs med sin sysselsättning, om man får sjukvård när man behöver. Vet man vilka rättigheter man har? Har man möjlighet att påverka sitt liv mer än det som rör matsedeln? De delarna behöver vi diskutera mera.*

På grund av tidspress händer det att man utelämnar information eftersom man vet att mycket inte går att verkställa, säger Jonathan Gustafsson. *Om man skulle fråga: 'skulle du vilja börja med en ny aktivitet, att spela squash en gång i veckan?' Om personen svarar ja, så kan personalen svara, tyvärr det går inte för vi har inte tid med det. Så ser verkligheten ut. Och brukarna själva vet inte vad de faktiskt har rätt till. De har en skrämmande liten insikt om sina rättigheter om man jämför med patienter inom sjukvården.*

Jenny Nygårds, som sitter på chefsnivå, tycker att det hälsofrämjande arbetet har strukturerats på ett bra sätt med hälsocoacher som fått särskild utbildning i hur de kan arbeta med serviceboenden. Hon pratar om de fyra hörnstenarna och hur viktiga insatserna är för att personen ska må bra. Hon påpekar också att en viktig skiljelinje mellan vård och omsorg och funktionshinder är att inom funktionshinder följer man ofta en person hela livet, där hälsofrämjande insatser följer i en lång livsprocess: *En 19-årig tjej, du följer henne hela livet, i kärleksrelationen, när hon gifter sig, när hon är mitt i livet...*

Tema: Arbetsmiljö och ledarskap

Ett stort arbetsmiljöproblem i Örebro kommun – i likhet med övriga landet - är bristande kontinuitet. Och bristande kontinuitet kan i sin tur bero på dålig arbetsmiljö.

Den bristande kontinuiteten talar Merethe Paulsen om som en svårighet att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt. *”Den största svårigheten är kontinuitet och personaltättheten. Det fungerar faktiskt inte idag, vi har väldigt mycket omvårdnadspersonal som är utbildade och sjukskrivna. De vill så väl men de kan inte yrket tyvärr. Många blir sjukskrivna, de få erfarna som vi har, de går på knäna. När någon blir sjukskriven tar de in ännu en vikarie. Det är svårt att bedriva rehabiliterande arbete med ett team, när teamet hela tiden byts ut med personer som inte har erfarenhet och som inte känner patienterna.”*

Men Merethe Paulsen ställer också frågan hur chefer och övrig personal tar hand om den som börjar arbeta inom omvårdnad. Vilket stöd och handledning får dessa? *”Jag tror vi måste satsa mer på kvalitet än kvantitet. Det är för mycket fokus på tid istället för att vara målrelaterat.”*

Arbetsmiljön påverkar i högsta grad människor, det har man sett inte minst inom området funktionshinder. Inom vissa enheter finns både hot mot och skador hos personalen där boende har blivit aggressiva., säger Jenny Nygårds. *Det krävs att man har tiden att känna nyansskiftningarna, det är inte alltid det är jättetydligt.* Men även på chefsnivån kan man ställa frågor kring arbetsmiljön. Stora sparbetning på personal samtidigt som särskilda medel ges till specifika projekt kan vara frustrerande.

Fysioterapeuten Maria Jansson talar också om den frustration hon många gånger känner inför sitt arbete. Många slutar men hon kan också se att det finns en större kontinuitet på landet där grupperna är mer stabila.

”Det är frustrerande att se att det skulle kunna bli så mycket bättre för en patient om förutsättningarna var annorlunda. Förut var jag ständigt arg för att det såg ut så här men för att klara av att jobba, måste man acceptera. Till slut gör man det, det går inte att vara arg hela tiden. Man slutar helt enkelt att kämpa, inrättar sig i ledet och gör så lite som möjligt för att kunna hinna med alla. Egentligen skulle jag ju vilja att de bara öste på mig ärenden, samtidigt är jag ju glad att de inte gör det, för då skulle jag arbeta ihjäl mig, det skulle jag inte orka.”

Sjukvården genererar sina egna sjukvårdstal, det skrev jag i en publikation om kvinnors hälsa för tjugo år sedan (Stockholms läns landsting 1998). Uppdraget från Stockholms läns landsting var då att analysera femton rapporter om kvinnors ohälsa och omvandla dessa till en analys om vad det är som håller kvinnor friska. I rapporterna synliggjordes kvinnors arbetsvillkor där bristande kontroll över sitt arbete, osynligt lågt värderat arbete, mycket krav och lite handlingsutrymme liksom nedskärningar bidrog till kvinnors ohälsa.

Arbetslivet i sig är för många kvinnor en källa till bättre hälsa men kvinnors arbete finns ofta i samhällssektorer som är utsatta för motstridiga värderingar och dubbla budskap. Vård och omsorg är något alla vill ha, arbetsuppgifterna är viktiga, men låga löner, ringa inflytande och nedskärningar förstärker intrycket av att samhället nedvärderar uppgifterna. Tidspress och brist på personal ökar belastning och ansvar, det minskar handlingsutrymmet och ökar känslan av maktlöshet.³

I likhet med stora delar av landet är det en utmaning – som skyndar - att skapa bättre arbetsmiljöer och bättre arbetsvillkor för personal inom vård och omsorg. Och merparten av dessa är kvinnor.

Sammanfattningsvis

Ett kollegialt lärande – för en ny kultur

Kompetensutveckling om rehabiliterande arbetssätt kräver inte bara kunskap utan också möjligheten att utöva kunskaperna i en praktik, att få pröva sina kunskaper i en testsituation som ett rollspel eller i form av reflekterande samtal med återkoppling på en fiktiv situation. I Odense hade man ”Testhallen”, en plats där personalen under trygga förhållanden fick möjlighet att pröva nya arbetsmetoder och där man kunde se betydelsen av att samarbeta tvärs över professionella gränser.⁴

Att blanda teori och praktik, det är de intervjuade ense om och de betonar behovet av både ock. Så här säger Maria Jansson: *”Det är värdefullt att höra teorier, säger hon, men man behöver också det*

³ Nilsson, A. Att främja kvinnors hälsa, Ett diskussionsunderlag utifrån femton ohälsoområden, Tryckt rapport, Stockholms läns landsting, 1998

⁴ Holmgaard, A.P., Velfaerd under ombygning, Fra service till selvstaendighet, Gyldendal Public, 2014

praktiska hantverket. Hjemhjälpspersonal behöver till exempel teoretisk kunskap, men behöver också möjligheten att träna praktiskt; hur ska jag gå med patienten; hur ska jag hålla?”

På min fråga till de intervjuade om det varit någon utbildning som varit särskilt omtyckt minns Åsa Erkers en utbildning som gavs i studiecirkelform med tvärprofessionella deltagare. Fakta blandades med reflekterande samtal med studiehandledare som inte kom från den egna gruppen. En form av kollegialt lärande som inte minst i skolans värld har visat sig vara den kompetensutveckling som ger störst effekt.

”Den tvärfackliga reflektionen tycker jag är mest fruktbar. Gör man det enbart i sin egen yrkesgrupp får man inte de andras kunskap och perspektiv. En utbildning som jag särskilt minns var i studiecirkelform. Jag tror det var sex tillfällen och all personal i hemvården deltog. Det var chefen, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska. Cirkelledare var en person från den egna verksamheten men inte från den egna gruppen. Man skulle läsa inför varje omgång, det var en faktadel och sedan reflektionsfrågor. Det var ett väldigt bra sätt att utbilda sig på och många har relaterat tillbaka till den här utbildningen. Sedan bör det vara mycket handledning i arbetet, det är det som ger bäst effekt på arbetet faktiskt.”

Några teman för kompetensutveckling

De intervjuade, som ju intervjuats separat, har haft mycket lika förslag till innehåll för kompetensutveckling. Vad man kan utläsa av intervjuerna är att variationen inom varje yrkesgrupp med all säkerhet är stor. En del personal inom en och samma yrkesgrupp står på rätt så gedigen grund för ett rehabiliterande arbetssätt, andra har utbildats sedan flera år tillbaka och inte fått den påfyllnad de skulle ha behövt och ytterligare en del är nyutbildade – och trots detta – har de inte fått kompetenser om rehabiliterande arbetssätt.

Merethe Paulsen som är sjuksköterska berättar att hon i sin grundutbildning inte lärde sig någonting om rehabiliterande arbetssätt. Även den vidareutbildning hon genomgick nyligen med inriktning på ”vård av äldre” hade fokus på rehabiliterande arbetssätt. *”Det var något litet i den men inte mycket. Fokus var på behandling, när patienten har en skada, vid ett fall; det innebar att försöka behandla och lindra, det är där fokus ligger. Många sjuksköterskor har svårt för Senior Alert, många tycker det är jobbigt att hålla på med det.”*

Maria Jansson, fysioterapeut, föreslår i intervjun att vissa grupper skulle kunna lära sig och ta över specifika uppgifter som skulle förbättra kvaliteten i vård och omsorg. Vissa handplockade undersköterskor skulle under handledning kunna utföra specifika rehabinsatser, som träning av patienter.

”I ett par av våra kranskommuner finns så kallade ’ruskor’, det vill säga rehab-undersköterskor. Det tar inte bort behovet av att alla har ett rehabiliterande arbetssätt men möjliggör till exempel mycket mer specifik träning och därmed snabbare återhämtade patienter. Rent praktiskt fungerar det så att några specifika handplockade undersköterskor har ansvar för mer riktade rehabinsatser, vilket fungerar bland annat i Lekebergs kommun.”

Nedan sammanfattas de teman som lyfts fram i intervjuerna. Varje tema behöver omfattas av teori och praktik, så att kunskaperna kan testas och integreras hos individen.

- *Vad innebär ett rehabiliterande arbetssätt? Vad omfattar begreppet och vad krävs för insatser på olika nivåer? Vad säger forskningen och vilka erfarenheter finns i Norden?*
- *Genomförandeplaner – syfte, genomförande (formulering av mål); uppföljning; handledning (se nedan punkten om samtalet); det nya IBIC.*
- *Samtalet – metodik om och handledning i samtalet. Hur kan en dialog utvecklas så att personens vilja och önsknings blir synliga i den individuella planen? Vid användning av manualer, hur skapa ett samtal som förhindrar ett mekaniskt förhållningssätt? Vad innebär att ha ett stödjande förhållningssätt? Vad innebär fingertoppskänslighet?*

- *Teamsamarbete* – metodik/arbetssätt kring samarbete/samverkan. Vad innebär att reflektera tillsammans och vad ställer det för krav på teamdeltagaren?Handledning – behov och genomförande.
- *Friskfaktorer, hälsofrämjande arbete* – Vad innebär ett hälsofrämjande tänkande i praktiken när det gäller insatser dels för personer utanför omvårdnad, dels i omvårdnad, boende etc? Hur individualiserar vi hälsofrämjande insatser för att möta olika individers behov? Vad kan empowerment/egenmakt innebära för insatser inom ramen för hälsofrämjande arbete? Hur kan samarbete utvecklas med civilsamhället mm?
- *Arbetsmiljön* – vad säger forskningen och hur stämmer dess resultat med situationen i Örebro kommun? Vad vill jag med mitt arbete? Vad är jag nöjd med/inte nöjd med? Hur mycket kontroll och inflytande har jag över mitt eget arbete?
- *Ledningsfunktionen* – Vad krävs i ledarskap för att skapa förutsättningar och ge stöd för ett rehabiliterande arbetssätt? Vad krävs av ledare för att skapa en kontinuitet bland de anställda men också leda ett förändringsarbete?

Till sist – några utmaningar från de intervjuade

Utmaningen är:

- *att alla ska vara bärare av samma idé, det ska genomsyra hela organisationen.*
- *att skapa en bra arbetsmiljö. Som det är idag slutar många på grund av dålig arbetsmiljö. Kontinuiteten som är så viktig i vårt jobb, leder i sig till dålig arbetsmiljö. Det blir en ond cirkel.*
- *att inte göra det halvdant, det kommer att kosta pengar initialt, det tar tid att vända ett skepp och de som styr måste hålla i processen och också hålla ut!*
- *att vända till ett rehabiliterande arbetssätt. Man är i en kultur, så här jobbar vi, så här funkar det hos oss. Kulturen i organisationen är en väldigt stor utmaning, inte minst den personliga inställningen: hur ser jag på mitt eget arbete? varför är jag på jobbet? vem är jag till för? Vissa yrkesgrupper kan bli lite skrämnda när det gäller rehabilitering – 'det här är inte mitt område'. Då blir teamsamverkan en utmaning - att alla har stor betydelse för att det ska lyckas.*
- *att få till samverkan kring personerna vi arbetar med, att bitta dom samverkansformerna, man har informationsutbyte med psykiatri och vuxenhabilitering...men man samarbetar inte kring personerna.*
- *att få ihop teamet, att fokus är patientens mål så inte varje yrkesgrupp har sitt eget mål. Alla måste hjälpas åt för att nå det målet. Det låter lätt, men det är inte lätt.*
- ***att rehab fodrar en väldig motor, den motorn måste finnas hos alla. Det måste vara någon som visar vägen hela tiden. Vi kan inte säga att vi införde det – det är en färskvara.***
