

*Vardagsrehabiliteringens roll  
inom kommunens hemtjänst*

Maritha Månsson  
Ann Nordholm  
Lena Andersson  
Annelie Mikaelsson  
Ulla Ekman



## Förord

Rehabiliteringsinsatser för äldre inom kommunens hemtjänst fyller en viktig funktion både för att vidmakthålla funktionsförmåga och livskvalitet. Ett rehabiliterande arbetssätt medför också att kostnader för hemtjänstinsatser och rena sjukvårdkostnader hålls nere. Inom Östersunds kommun gjorde man inför år 2000 en unik och stor satsning på hemrehabilitering genom att tillskapa 17 hemteam där sjukgymnaster och arbetsterapeuter arbetar tillsammans med och handleder undersköterskor och vårdbiträden i det praktiska rehabiliteringsarbetet. En viktig del i hemrehabiliteringsarbetet är att tillägna sig ett rehabiliterande förhållningssätt vilket för personalen i många fall innebär att man måste förändra sitt sätt att arbeta och se på sin yrkesroll.

Maritha Månsson (MAR), hennes medsökande, undersköterskorna Ann Nordholm, Lena Andersson, Ulla Ekman och vårdbiträde Annelie Mikaelsson, fick 2003 FoU-medel för att undersöka och beskriva vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst. Genom ett omfattande intervjuarbete i form av fokusgrupper (16 hemteam i Östersund och 3 hemtjänstgrupper i angränsande kommun) kan projektgruppen i denna rapport redovisa hur vårdbiträden och undersköterskor ser på sig själva och sin roll i det rehabiliterande arbetet. Särskilt glädjande är att det praktiska intervjuarbetet genomförts av personer som själva är undersköterskor/vårdbiträden och att projektet således involverat en personalgrupp som man i FoU-sammanhang gärna vill stimulera till ökat deltagande i utvecklingsaktiviteter! Den skriftliga sammanställningen av rapporten har i huvudsak gjorts av Maritha Månsson.

Genom det omfattande och grundliga arbete som genomförts i detta projekt kan rapporten dels fungera som en utvärdering av hemrehabiliteringsatsningen i Östersund och som inspiration till fortsatt utveckling både i Östersund och i andra kommuner.

Bengt Åkerström  
Forskningsledare och redaktör



# Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst

Maritha Månsson  
Ann Nordholm  
Lena Andersson  
Annelie Mikaelsson  
Ulla Ekman

## Sammanfattning

I bakgrunden till denna studie finns Östersunds kommuns satsning på utveckling av hemrehabilitering inför år 2000. Den innebar tillskapande av 22 nya tjänster som arbetsterapeut och sjukgymnast (sjukgymnast 17, arbetsterapeut 5). Den vardagsrehabilitering som utförs av undersköterskor och vårdbiträden har en nyckelroll inom hemrehabilitering. Syftet med föreliggande rapport har varit att undersöka och beskriva vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst. Datainsamling har skett genom fokusgruppsintervjuer för att ur undersköterskans/vårdbitrådets perspektiv beskriva hur de ser på sig själva som rehabiliterare, sin ställning i organisationen samt vilka problem och utvecklingsområden som de anser viktiga i det fortsatta utvecklingsarbetet. Intervjuer har genomförts i 16 grupper inom Östersunds kommun samt i 3 grupper inom en gränskommun. I intervjuerna reflekterades över rehabiliteringens/vardagsrehabiliteringens betydelse i arbetet, undersköterskans/vårdbitrådets roll, arbetsledningens betydelse, samarbete med arbetsterapeuter och sjukgymnaster, vårdplaneringens/kontaktmannaskapets funktion, hinder och möjligheter för ett rehabiliterande arbete etc. Samtliga grupper uppgav att det skett en positiv utveckling genom kommunens satsning. De flesta ansåg att de arbetar aktivt med vardagsrehabilitering och kunde också ge tydliga exempel på detta. Studiens upplägg med två intervjutillfällen per grupp har medfört att flera team tagit steg framåt gällande hemteamets rehabiliterande arbete. Analys av materialet visade också på skillnader hur väl teamen fungerar och kännetecknen i förhållande till om teamet var ett ”väl fungerande team”, ett ”team på god väg” eller ett ”ej fungerande team”. Gruppernas uppfattning om ledningen och upplevelsen av tid var de faktorer som tydligast skiljde teamen åt. Det rehabiliterande arbetet där teamet stödjer och leder brukaren har stora likheter med det ledarskap som utövas inte bara av arbetsledning utan också av legitimerad personal.

Studien bekräftar ledarskapets betydelse och förhållningssättet till medarbetaren för en fungerande verksamhet.

# Innehåll

<b><i>Inledning</i></b> .....	<b>8</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>8</b>
<b>Undersköterska/vårdbiträde – yrkesrollens utveckling inom kommunens hemtjänst</b> .....	<b>10</b>
Yrkets utveckling under 1950-talet till 1980-talet .....	10
Yrkets utveckling under senare år.....	12
<b><i>Syfte och frågeställningar</i></b> .....	<b>14</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>14</b>
<b>Frågeställningar</b> .....	<b>14</b>
<b><i>Metod</i></b> .....	<b>16</b>
<b>Målgrupp</b> .....	<b>16</b>
<b>Material</b> .....	<b>17</b>
<b>Genomförande</b> .....	<b>19</b>
Dataanalys .....	20
Etiska överväganden .....	21
<b><i>Resultatredovisning</i></b> .....	<b>22</b>
<b>Sammanställning av gruppintervjuer intervju 1</b> .....	<b>22</b>
<b>Sammanställningar av intervju 2</b> .....	<b>31</b>
<b>Sammanställning av intervjuer från gränskommunen</b> .....	<b>33</b>
Rehabilitering/Vardagsrehabilitering.....	33
<b>Sammanställning av hur väl teamen fungerar</b> .....	<b>35</b>
Väl fungerande team.....	35
Team på god väg.....	36
Ej fungerande team.....	37
<b><i>Diskussion</i></b> .....	<b>40</b>
<b>Vad skiljer ett ”icke fungerande team” från ett ”väl fungerande team”</b> 43	
Tid.....	44
Delaktighet.....	44
Undersköterskans/vårdbitrådets roll .....	45
Vårdplanering .....	46
Kontaktmannaskap .....	47
Ledarskapets magi .....	47
<b><i>Referenslista</i></b> .....	<b>52</b>

## **BILAGA 1**

**Bedömningskriterier för hur teamen fungerar**

## **BILAGA 2**

**Rehabilitering/ledarskap**



# Inledning

## Bakgrund

Inför år 2000 satsade Östersunds kommun aktivt på utveckling av hemrehabilitering (Månsson, 1999). Det tillskapades 22 nya tjänster för sjukgymnaster och arbetsterapeuter (sjukgymnaster 17 st, arbetsterapeuter 5 st). Tillskottet av tjänster grundades på nyckeltalet att det för kommunens hemrehabilitering skulle finnas 50 % arbetsterapeut och 50% sjukgymnast per 300 personer 65 år och äldre. Beräkningen genomfördes på den totala befolkningen inom Östersunds kommun. I dag finns det totalt 45 tjänster som arbetsterapeut och sjukgymnast i kommunen. Av dessa är det 36 tjänster som huvudsakligen arbetar med hemrehabilitering.

Kommunens satsning på hemrehabilitering omfattar det ordinära boendet och kommunens "servicehus". Arbetsterapeuter och sjukgymnaster tillhör organisatoriskt respektive enhet och ingår i enhetens hemteam<sup>1</sup>. Biståndshandläggarna tillhör organisatoriskt en egen enhet men tillhör kompetensmässigt hemteamet. Inom kommunen finns 13 enheter och 17 hemteam. Hemteamen är flera till antalet beroende av att vissa enheter är av den storleken att de består av flera team. Kommunen har även externa utförare (Carema Äldreomsorg AB, Attendo Care) vilka också omfattas av satsningen.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar också vid kommunens särskilda boenden som i dagligt tal benämns sjukhem och ålderdomshem. Dessa boenden har genom utökningen av tjänster inte fått ett resurstillskott utan erhåller åtgärder av arbetsterapeut och sjukgymnast i samma nivå som innan satsningen. Däremot finns nu också sjukgymnastens kompetens att tillgå.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har i ett rehabiliterande sammanhang en specifik kompetens att göra bedömningar, träna, behandla, utbilda men också att handleda och leda annan personal. Undersköterskor och vårdbiträden har en nyckelroll genom sin dagliga närhet till brukaren och

---

<sup>1</sup> Innefattar all personal organiserad inom en enhet/område med uppdrag att utföra och eller beställa hemsjukvård, hemtjänst, hemrehabilitering eller leda verksamheten.

den stora betydelsen som det får hur de planerar, utför och följer upp sitt arbete (Äldreuppdraget 2000:8). Undersköterskor och vårdbiträden arbetar med *vardagsrehabilitering* som är en utveckling av och som begrepp ett tydliggörande av det rehabiliterande förhållningssättet inom allmän omvårdnad för de insatser som tillhandahålls inom socialtjänstlagens ram. De planerar, utför och följer upp sina insatser på ett sådant sätt att brukaren ges möjlighet till att utveckla och bibehålla sin funktionsförmåga och aktivitetsförmåga (Socialstyrelsen, 2003).

Uppdraget att ta ansvar för och utveckla hemrehabilitering omfattar även cheferna. Det är av stor betydelse för resultatet hur de leder arbetet i hemteamen och vilken betydelse och utrymme de ger själva utvecklingsarbetet.

Utvecklingsarbetet har från första början genomgående haft ett perspektiv på brukaren genom utveckling av och kommunikation kring den gemensamma värdegrunden.

### **Gemensam värdegrund för rehabilitering**

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

Arbetsmetoder, rutiner och riktlinjer skall ha värdegrunden som utgångspunkt. Termer och begrepp utgår också från värdegrunden och brukarperspektivet. Ett exempel på nya sätt att arbeta är utveckling av ”Min Hälsomapp”<sup>2</sup> där dokumentationen inom lagrummen SoL (Socialtjänstlag 2001:453) och HSL (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763) samlats i en mapp i syfte att göra brukare och närstående delaktiga. De dokument i mappen (rehabplan, arbetsplan) som innefattar planering, målformulering och uppföljning upprättas tillsammans med brukaren. Varje brukare har utifrån sina behov ett individuellt team och ska veta

---

<sup>2</sup> Min Hälsomapp = Mapp i vilken planer, ordinationer och viss dokumentation samlas i syfte att göra brukare/närstående delaktiga men även som stöd för personalen.

vem som ingår i teamet och hur kontakt kan tas. I Min Hälsomapp finns detta dokumenterat. I kommunens definition av vårdplanering är också brukarperspektivet tydligt. Av denna framgår att en vårdplanering ska utföras på sådant sätt att teamet och brukaren **möts** och **tillsammans** planerar dennes fortsatta vård, omsorg och rehabilitering.

Ansvarig för utvecklingsarbetet för hemrehabilitering är kommunens MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) som också har ett ansvar som rehabutvecklare.

## **Undersköterska/vårdbiträde – yrkesrollens utveckling inom kommunens hemtjänst**

### **Yrkets utveckling under 1950-talet till 1980-talet**

Marta Szebehely (1995) beskriver yrkets utveckling från tidigt 1950-tal till 1980-tal. I Uppsala timanställs år 1950 husmödrar för hemhjälp till gamla. Här upptäcker äldreomsorgen ”hemmafruarna”. De kom att arbeta som hemsamariter, vilket under många år mer betraktades som en bisyssla och inget riktigt yrke. Socialstyrelsen ger år 1952 ut en skrift (Kungl. Socialstyrelsen 1952) med de första målformuleringarna på statlig nivå för hemhjälpen. Här uppmanas kommunerna att ordna hjälp i hemmet för de äldre. Personalen bör uttryckligen rekryteras bland kvinnor som står utanför arbetsmarknaden – ”välkända hemmafruar med erfarenhet från sina egna hem”. När hemtjänsten startade på 50-talet baserades verksamheten på ”medelålders husmorskompetenta kvinnor, ofta med ett ideellt engagemang”. De var vana att arbeta självständigt utan att vara styrda, vana att planera sin tid, och samtidigt vana att kunna anpassa sig efter föränderliga behov. Hemvårdbiträdet/hemsamarit var ett utpräglat ensamarbete och vilade på seklers husmorsarbete. Det utgick från kvinnors roll i hemmet som det sett ut i vår kultur så långt vi kan minnas. De arbetade självständigt utan övervakning och samtidigt utan stöd i svåra situationer. Från 1964 får kommunerna stadsbidrag för hemhjälpkostnaderna. Nya anvisningar formuleras från Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 1965) där praktiska sysslor med tyngdpunkt på städning är detaljerat beskrivna.

”städning, bäddning, skötsel av sängkläder, fönster- golvtvätt, trappstädning, garderobsrengöring, veckotvätt, matlagning och övriga husliga sysslor. Ibland behövs hjälp med hemsjukvård, klädvård eller

med den personliga hygienen. Hemsamariten kan ta ut den gamla på en promenad, uträtta ärenden eller hjälpa och inspirera de gamla till lämplig sysselsättning” (Socialstyrelsen 1965 s 19)

Viss betoning fanns på vikten av den personliga kontakten med vårdtagaren

”För många äldre och handikappade är den regelbundna kontakten med någon som de kan tala med minst lika viktig som att de får hjälp med hushållsarbetet. Det är därför viktigt att vårdtagare och hemsamarit trivs med varandra och att ombyte av hemhjälp inte sker för ofta” (aa).

1972 hävdar Svenska Kommunförbundet att ledningen för hemhjälp varit otillräcklig (Svenska Kommunförbundet, 1972), både kvantitativt och kvalitativt och förespråkar en stärkt arbetsledning. Många policydokument under 1970-talet (Svenska Kommunförbundet 1972, 1975) talar för införande av mer rationella arbetsformer med kollektiva lösningar. Utbyggnaden av servicehusen påbörjas, vilka ger stordriftsfördelar när många boende samlas i stora huskomplex. Arbetsledningen kan dirigera arbetskraften där den bäst behövs, onödig tid kan skäras bort och arbetsuppgifter kan samordnas. Arbetsorganiseringen blir att ge snabbare och mer standardiserad hjälp.

Hemtjänstens socialpedagogiska inriktning börjar betonas i slutet av 1970-talet. I en skrift från Socialstyrelsen 1979 ”Social hemhjälp inför 1980-talet” framhålls att ”verksamhetsinnehållet i hemhjälp för de äldre måste ändras och baseras på hjälp till självhjälp, aktivering och social rehabilitering och mindre på städuppdrag, matlagning, inköp och dylikt”. Meningen är att vårdbiträdet genom att ”undervisa och aktivera” ska kunna stödja den hjälpbehövande att själv i så stor grad som möjligt kunna utföra hemhjälparbetet.

Under 1980-talet satsar myndigheterna på att höja utbildningsnivån för vårdbiträdena (Szebehely, 1995). Det är dock inte vårdbiträdenas behov av utbildning för att klara sitt arbete som står i fokus, utan behovet av att höja yrkets attraktionskraft och underlätta personalrekryteringen. Mycket händer under 1980-talet. Hemtjänstinsatserna övergår från att vara angivna i form av antal timmar/dag till att de beskrivs vilka insatser/åtgärder som skall tillhandahållas för den enskilde och ungefär när på dygnet. Allt fler vårdbiträden får tillgång till grupplokaler. Hemvårdssistenterna flyttar ut från socialkontoren till vårdbiträdenas grupplokaler. Beteckningen hemsamarit byts ut till vårdbiträde. En namnändring som var tänkt att markera en övergång från bisyssla till ett

yrke med minskad betoning av hushållsarbete till ett yrke med en inriktning av vård och aktivering. Pedagogiska och rehabiliterande arbetsuppgifter skall ersätta det husliga arbetet. Det sker också en förändring mot tillkomst av smågruppsmodellen där en mindre grupp vårdbiträden under eget ansvar skall ge en målinriktad hemhjälp. Denna organisation i smågrupper skulle lösa två problem - dels rationalisera arbetet inom den öppna hemtjänsten genom uppgiftsstyrning i stället för tidsstyrning och dels skulle det öka vårdbiträdenas självbestämmande och därmed råda bot på rekryteringsproblemen.

## **Yrkets utveckling under senare år**

Under 1990-talet genomfördes en ”budgetsanering” i Sverige, vilken medförde att de ekonomiska ramarna stramades åt till all offentlig verksamhet. Resurserna för vård- och omsorg minskade i förhållande till ökningen av antalet äldre i befolkningen. En minskning av antalet äldre som fick hemhjälp eller plats i särskilt boende började också under 1990-talet. Vårdtyngden för hemtjänstens personal har ökat både på grund av att de äldre blir allt äldre och genom att de som i dag får hjälp behöver allt mer hjälp. Inom landstingen påbörjades också en förändring under 1990-talet där sjukhusens vårdplatser minskade, vilket medför att de som i dag vårdas hemma har allt mer omfattande behov av omvårdnad, sjukvårdsinsatser och rehabiliterande insatser. Neddragningar av länsjukvårdens rehabiliteringsplatser medför också att behoven av mer specifik rehabilitering också måste tillgodoses i hemmet. Äldreomsorgen, som redan tidigare var ett fysiskt tungt arbete, har blivit ännu tyngre. Vårdbiträden i hemtjänsten och sjukvårdsbiträden tillhör de yrken som har störst risk för belastningsskador (Gustafsson & Szebehely, 2001).

I Gustafsson och Szebehelys studie (2001) framgår att det skett en kraftig ökning av andelen vårdbiträden som anser sig ha för mycket att göra jämfört med liknande studier tidigare i början på 1990-talet. Det är också betydligt färre i dag som uppger sig ha möjlighet att påverka sina arbetsförhållanden. I jämförelse med andra grupper inom kommunens verksamhet är det den grupp som minst upplever att arbetet är engagerande, stimulerande och omväxlande. Av studien framträder också hierarkiska svarsmönster, som är vanliga i liknande studier. Ju längre ner en personalkategori befinner sig i hierarkin desto fler medlemmar uppger sig vara kroppsligt trötta efter dagens arbete. Ett samband som sannolikt till stora delar beror på tunga lyft, obekväma arbetsställningar och andra

fysiska arbetsmoment som sker i den direkta kontakten med hjälptagarna. Viktiga relationer – undersköterskor och vårdbiträden får sin uppskattning från hjälptagarna, deras anhöriga och från kollegor. Det är alltså hjälptagarna, anhöriga och arbetskamraterna som är viktiga ur positiva sociala synvinklar sett. Tjänstemän i kommunen upplever i större grad uppskattning från sina chefer. För vårdbiträdena är ju hjälptagarnas uppskattning den främsta källan till uppskattning, samtidigt som det är vanligt med känslor av otillräcklighet förknippade med att man inte anser att hjälptagarna får tillräcklig hjälp. En situation som blir ännu mer psykiskt tröttande eftersom vårdbiträdena också upplever att de inte kan ge tillräcklig hjälp. Det visar sig att inom äldreomsorgen handlar arbetsupplevelserna inte enbart om arbetssituationen i sig, utan också om hur personalen bedömer vården för hjälptagarna.

Efter genomförande av ädelreformen 1992 har sakta men säkert kommunernas ansvar för att ge allt mer avancerad behandling och träning ökat. I flera artiklar (Äldre i centrum Nr 2, 2002) beskrivs vårdbitrådets roll och utveckling mot att möta brukare med allt mer komplicerade funktionshinder och yrkets utveckling från att tidigare skött omvårdnaden till att en undersköterska inom äldreomsorgen i dag skall vara vårdare, kurator, psykolog, städare, kokerska, inköpare, sjukgymnast, tvätta kläder, dela ut medicin och se till när en sköterska eller läkare måste kallas in.

Undersköterskan och vårdbiträdet har i sitt arbete en stor spridning avseende arbetsuppgifternas innehåll och utförande. Allt fler kommuner har och kommer i framtiden, att liksom Östersunds kommun, ha mer fokus på vardagsrehabiliteringens betydelse och undersköterskans och vårdbitrådets ”nyckelroll” inom hemrehabilitering.

# Syfte och frågeställningar

## Syfte

Att ur undersköterskans/vårdbiträdets perspektiv beskriva hur de ser på sig själva som rehabiliterare, sin ställning i organisationen samt vilka problem och utvecklingsområden som de anser viktiga i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Att undersköterskor och vårdbiträden genom studien ska ges tillfälle till att reflektera över sin egen roll och hur de arbetar med rehabilitering. Studien blir därmed en del i det övergripande utvecklingsarbetet gällande hemrehabilitering och synsätt.

I syfte att kunna se om det finns tendenser till skillnader mellan en kommun som aktivt satsat på hemrehabilitering och en kommun som inte gjort detta genomfördes 3 intervjuer av hemtjänstpersonal i en gränslandskommun till Östersund.

## Frågeställningar

- Hur tänker undersköterskor och vårdbiträden på sig själva som rehabiliterare?
- Vilka lyckade rehabfall ser de där det enbart varit vardagsrehabilitering?
- Vad vet de om enskilda brukares rehabiliteringsbehov?
- Hur ser de på sin roll inom kommunens hemteam?
- Hur delaktig upplever sig undersköterskan/vårdbiträdet vara i det rehabiliterande arbetet?
- Vilka förändringar ser de mot bakgrund av kommunens rehabsatsning?
- Vilka hinder och/eller möjligheter finns för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt
- Vad ser de behövs i det fortsatta utvecklingsarbetet?





# Metod

Undersökningen har genomförts i form av fokusgruppsintervjuer där varje grupp intervjuats vid 2 tillfällen. Vid intervjutillfälle 1 användes utarbetad frågestruktur (se under rubriken material). Intervjutillfälle 2 genomfördes 2-3 veckor efter första intervjun. Gruppen fick vid första intervjutillfället frågor att reflektera över till den andra intervjun, vilka var av uppföljande karaktär och fokuserade ännu mer på vardagsrehabiliteringens roll (se under rubriken material).

## Målgrupp

Intervjuerna har genomförts i 16 grupper. Två hemteam med var sina arbetsterapeuter och sjukgymnaster har samma enhetschef och kom att slås samman till en intervjugrupp. Grupperna skulle bestå av minst fyra undersköterskor och/eller vårdbiträden. Minst 2 av gruppens deltagare skulle ha arbetat från rehabsatsningens start dvs. år 2000. För 12 av grupperna kunde kravet på 4 deltagare hållas och att minst två av dessa skulle ha arbetat sedan tiden före rehabsatsningens start dvs. år 2000. En grupp tillhörde en enhet där det varit mycket omsättning av personal varför samtliga deltagare var nya efter år 2000. Vid intervju av resterande tre grupper var en person borta men i samtliga av dessa grupper fanns personer som arbetat före år 2000. Vid intervjutillfälle 1 intervjuades totalt 61 personer, vilket motsvarade 95 % av det planerade antalet. Vid intervjutillfälle 2 som var mera av en uppföljning var bortfallet av personer något större än vid intervjutillfälle 1.

Vid intervju av undersköterskor och vårdbiträden inom gränskommunen fanns endast kravet att gruppen skulle bestå av minst 4 undersköterskor och/eller vårdbiträden. Vid samtliga intervjuer var deltagandet enligt planering.

# Material

## **Underlag och struktur för frågor att ställa vid intervju 1.**

För att förtydliga frågeområdena användes även skrivna ”lappar” vid intervjun. Texten på dessa anges nedan med fet stil.

- **Rehabilitering**

Vad betyder rehabilitering i ert arbete?

- **Utveckla/bibehålla/fördröja försämring av funktioner och förmågor**

Har ni med er det inombords när ni besöker alla vårdtagare?

Vad är målet med rehabsatsningen?

Var kan man se målen för brukaren?

- **Vardagsrehabilitering**

Vad betyder vardagsrehabilitering för er?

- **Undersköterskans/vårdbiträdets roll**

Hur ser ni på er roll?

Kan ni se att ert arbetssätt får brukaren att bibehålla och förbättra sina funktioner? Ge exempel.

Hur motiverar ni brukaren till eget initiativ och handlande?

Varifrån upplever ni stöd och uppmuntran i ert arbete?

- **Arbetsledning**

Vilken betydelse har arbetsledningen?

Upplevelse av stöd och uppmuntran?

- **Hinder och möjligheter**

Ser ni att det finns hinder och/eller möjligheter för att arbeta rehabiliterande?

- **Hemteam**

Om jag säger hemteam, vad tänker ni på då?

Är ni medlemmar i hemteamet?

- **Undersköterskans/vårdbiträdets roll**

Vad tycker ni är er viktigaste uppgift i teamet eller borde vara?

Vilka behov rehabilitering upptäcker ni?

Vilka åtgärder vidtar ni?

- **Samarbete**

Hur fungerar samarbetet med arbetsterapeut och sjukgymnast?

Hur lätt är det att få kontakt?

Får ni ta del av deras kunskap?

Tar de del av er kunskap?

- **Vårdplanering**

Hur fungerar vårdplaneringen?

Vilken är er roll i vårdplaneringen?

- **Kontaktsmannaskap**

Hur fungerar det?

Hur ser ni på er roll och ansvar som kontaktsman när det gäller brukarens behov av rehabilitering?

Går kontaktsmannaskapet att utveckla? Hur?

- **Utbildning/Fortbildning**

Tycker ni att ni har tillräckligt med kunskap för rehabiliterande uppgifter?

Vad saknas?

- **Före och efter**

Vilken skillnad märker ni efter satsningen

- på er yrkesroll
- hos brukarna

- **Fortsatt utvecklingsarbete**

Vad tycker ni behövs i det fortsatta utvecklingsarbetet?

Följande frågor fick gruppen nerskrivna med sig att reflektera över till intervjutillfälle 2.

- Mot bakgrund av dagens intervju – fundera över om det är något Du vill tillägga vid nästa intervju.
- Har du ex. på brukare där Ditt sätt att arbeta inneburit att brukarens förmågor att klara olika aktiviteter ökat eller medförts att förmågorna bibehållits? Vad har Du gjort?
- Kan Du i Din roll som undersköterska/vårdbiträde se någon skillnad från tiden före rehabsatsningens start våren 2000
  - i Din roll som undersköterska/vårdbiträde?
  - för brukaren?
- Utifrån Din roll som undersköterska/vårdbiträde – vad ser Du behövs i det fortsatta utvecklingsarbetet?

## Genomförande

Intervjuarna genomförde intervjuerna genom att arbeta i 2 par där en person hade mer ansvar för att ställa frågor och den andra personen mer ansvar för att tekniken fungerade och för att samtliga frågeområden aktualiserades. Efter att frågestrukturen utarbetats testade intervjuarna den på två team vardera, vilket medförde test på totalt fyra team. Dessa testintervjuer genomfördes i en annan kommun. Efter genomförda testintervjuer omarbetades arbetsmetod och frågestruktur. Det utarbetades underlag för hur presentation av studien skulle ske till gruppen, hur tekniken (bandspelare och mikrofon) skulle introduceras samt hur intervjuarna skulle presentera sig själva och sina uppdrag i intervjun. Stor vikt lades vid att intervjuarna i så stor grad som möjligt skulle arbeta på ett likartat sätt.

Innan intervjun kontaktade intervjuarna arbetslagets närmaste arbetsledare per telefon för att boka tid för intervju 1 och 2. Därefter skickades en skriftlig bekräftelse på överenskomna tider för intervjuer.

Intervju 1 genomfördes både genom att använda skrivna lappar och genom att ställa frågor. Frågorna sammanställdes för att kunna ställas enligt en given struktur (se under rubriken material). Många frågor och områden ligger nära varandra, varför gruppen av en fråga kunde besvara flera. Vid intervjuernas genomförande fick därför intervjuarna anpassa

frågorna allt eftersom intervjun förflöt. Frågorna anpassades successivt till respektive grupps engagemang och pratgladhet.

Efter genomförande av intervju 1 fick gruppen med sig var sitt ex med frågor att reflektera över till intervjutillfälle 2.

Intervju 2 genomfördes 2-3 veckor efter intervju 1. Vid denna intervju skedde en uppföljning av intervju 1 där gruppen tillfrågades om den hade något att tillföra. Intervjuerna gick med gruppen igenom de frågor som delades ut vid första intervjutillfället. Vid intervju 2 ställdes också mer tydligt frågor om gruppen upplevde någon skillnad före och efter rehabsatsningen samt gruppens syn på behov av fortsatt utveckling.

Intervjuerna i gränskommunen genomfördes endast vid ett tillfälle och som en nulägesbeskrivning. Frågorna anpassades för detta ändamål.

## **Dataanalys**

Studiens syfte var att beskriva vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst. Hur undersköterskor och vårdbiträden ser på sig själva, sin roll i organisationen, vad de gör och vad de anser viktigt? Under genomläsningen av intervjuerna gick det tidigt att konstatera intressanta resultat som inte fanns med i det ursprungliga syftet och det var hur de olika teamen såg ut att fungera. Det som blev tydligt var att vissa kännetecken verkade återkomma i förhållande till om teamet var ett väl fungerande team, ett team på god väg till att fungera bättre och bättre eller ett team som inte alls fungerar bra.

Intervjufrågorna var från början ej systematiserade och utformade för att i resultatsammanställningen användas till att kategorisera hur väl ett team fungerar. I genomläsningen av intervjuerna framkom dock tydligt områden där det mellan teamen var skillnader och hur dessa skillnader påverkade gruppens självuppfattning, rehabiliterande arbete och förhållningssätt, tillfredsställelse med kollegor och ledning. För att strukturerat bedöma teamen har dessa områden omarbetats till bedömningskriterier (se bilaga 1). Innan intervjuerna påbörjades ombads intervjuerna att skriftligt göra en reflektion över deras upplevelse av hur undersköterskor och vårdbiträden uppfattade och arbetade med rehabilitering/vardagsrehabilitering samt hur väl teamet som helhet

verkade fungera. Dessa reflektioner har också kunnat användas som en ytterligare referens när teamen skulle kategoriseras till vilken grupp de skulle tillhöra.

Teamen har efter bedömning indelats i icke fungerande team 0-8 poäng, team på god väg 9-22 poäng och väl fungerande team 23-26 poäng. Valet att sätta en sådan liten marginal för de väl fungerande teamen som 4 poäng grundas på att det som skiljer dessa team från de närliggande är hur väl arbetsledningen anges fungera samt att det också finns en tydlig skillnad i gruppernas upplevelse av tid. Det finns liknande skillnader också mellan de team som ej fungerar och de angränsande teamen till dessa team. Intervjuarna förstärker denna skillnad i sina reflektioner i samband med genomförd intervju.

Beräkning av standardavvikelse ger ett medelvärde på 15,4 poäng + - 6 poäng. Det skulle innebära att de icke fungerande teamen ligger inom 0-9 poäng och de väl fungerande teamen ligger inom 22-26 poäng. Inga team fick i bedömningen 9 respektive 22 poäng.

## **Etiska överväganden**

Endast intervjuare och huvudansvarig för projektet har kännedom om vilka team som bedömts tillhöra vilken grupp. Detta kommer ej heller att avslöjas vid redovisningar av genomförd studie.

# Resultatredovisning

## Sammanställning av gruppintervjuer intervju 1

Intervjuerna sammanställs i huvudområden (fet stil). För varje huvudområde anges vilka frågor som ingår. Inom ” ” anges citat från intervjuerna.

- **Rehabilitering**

(Hur beskriver gruppen betydelsen av rehabilitering och vardagsrehabilitering? Arbetar de med rehabilitering i det dagliga arbetet? Vilka behov av rehabilitering upptäcker undersköterskan/vårdbiträdet och hur går man vidare? Vilken kännedom har gruppen om mål för brukaren och var de finns nerskrivna?)

Rehabilitering beskrivs av grupperna som ett sätt att arbeta så att brukaren kan komma tillbaka och bo kvar hemma så länge som möjlighet. Orden träna, återanpassa, bibehålla, aktivera, återupprätta återkommer på olika sätt i alla intervjuer. ” Träna upp det som blivit försvagat. Underlätta så att dom återgår till normalt liv igen- eller försöka bibehålla det dom har – och ha händerna på ryggen”.

Vardagsrehabilitering beskrivs av många grupper som att det handlar om att kunna få brukaren att klara det vardagliga själva med stöd och hjälp från undersköterskan/vårdbiträdet. Det vardagliga kan vara att kunna äta själv, att kunna gå till toaletten, knäppa knappen, ta av och på nattlinnet, borsta tänder, tvätta sig, fixa sin egen frukost etc. De flesta grupper anser att de arbetar med vardagsrehabilitering och ger tydliga exempel på vad de menar. Beskrivningar finns på hur de uppmuntrar till aktivitet och delaktighet av brukaren genom att involvera honom/henne i ex tillagning av frukost – Hur funkar den här kokplattan? Kan du röra i gröten medan jag.... så att den inte bränns vid? Att inte ta över utan locka brukaren att göra det som personen kan själv.

”Håller igång det som är”

”De försöker att klara vanliga vardagssysslor och vi stöttar”

”Dom ska göra det dom kan med så lite hjälp som möjligt av oss”

”Handräckning helt enkelt, att man är som stöd. Dom tror att dom får hjälp men gör det själv”.

På frågan Vilka behov av rehabilitering upptäcker Ni? svarar grupperna att de ser när en brukare försämras ”det är ungefär som man ser på ens barn – man ser när något är fel”. Exempel som ges är försämrad gångförmåga, hjälpmedelsbehov, stelhet, smärta, nedstämdhet, när en brukare varit sjuk (sängliggande) är det inte ovanligt att de blir försämrade. Samtliga grupper som svarat att de upptäcker behov av rehabilitering säger också att de kontakter arbetsterapeut och sjukgymnast. Det förekommer också svar där de säger att de tar upp sina frågeställningar på förekommande möten.

”...ändå så är hon ju 97 år och har blivit så pass mycket bättre...”

”Man blir så rädd när dom blir liggande att dom ska fortsätta att bli liggande, så man vill ju göra något för att dom ska komma upp igen, så att dom inte fastnar där”

”... 96 år och svårt att ta sig upp från toaletten. Då sa vi till (AT/SG) det är väl rehabilitering eller när vi ser att en duschstol kan göra att dom klarar det nästan själv”.

Tre grupper mer eller mindre undviker att svara direkt på frågan – Vilka behov av rehabilitering upptäcker ni? De exempel som intervjuarna efter både intervju 1 och 2 ”lyckas pressa fram” handlar om brukarnas ensamhet och behov av social samvaro och att undersköterskans/vårdbiträdets tid inte räcker till för dessa behov.

Alla grupper utom två svarar att de har kännedom om mål för brukarna. På frågan - Var finns målen? blir svaren mer diffusa. Sju grupper svarar utan tvekan att målen finns i Hälsomappen och i papper från arbetsterapeuter och sjukgymnaster medan de flesta svarar att målen står i insatsplanen från biståndshandläggaren. Någon enstaka grupp säger att målbeskrivningar kan finnas i arbetsplanen på enheten. Flera av grupperna är kritiska när de endast skall ha stöd av mål som formuleras ”att bo kvar hemma” eller ”bibehålla livskvalité”. Dessa mål anses ge liten eller ingen vägledning för deras arbete. Det förekommer även målbeskrivningar i insatsplaner/arbetsplaner som säger att brukaren skall klara av så mycket som möjligt själv. De efterlyser tydligare mål med mera fokus på vardagen vad brukaren skall klara av, bibehålla eller uppnå. Gruppernas svar som helhet visar att de har



svårt att skilja ut insatsplanens funktion i förhållande till den arbetsplan som skall finnas på enheten. Arbetsplaner med målbeskrivningar verkar inte finnas i någon nämnvärd omfattning.

”...det står inte vad dom skall klara själva i exempelvis matlagning. Det skulle vara bättre om målen var tydliga och talar om hur man ska arbeta. Vad dom ska klara själva.”

”Det är bra att det står vad dom kan så att man inte tar över”.

- **Undersköterskans roll**

(Hur ser gruppen på sin roll som undersköterska/vårdbiträde? Upplever gruppen att man som undersköterska/vårdbiträde är en medlem i hemteamet? Vilken uppgift anser gruppen är den viktigaste för undersköterskan/ vårdbiträdet? Vilka exempel finns där gruppens arbetssätt medför att brukaren kan bibehålla och förbättra sina funktioner? Hur motiveras brukarna till eget initiativ och handlande? Hur fungerar kontaktmannaskapet och går det att utveckla? Hur fungerar vårdplaneringen och vilken roll har undersköterskan/vårdbiträdet i denna? Varifrån får undersköterskan/vårdbiträdet stöd och uppmuntran?)

Nästan alla grupper identifierar sig med rollen som rehabiliterare och att uppmuntra till rehabilitering. Att rapportera, förmedla och informera ingår också i rollen som undersköterska/vårdbiträde. Flera grupper anser att de är duktiga rehabiliterare därför att deras arbete gett resultat ex. genom att brukare fått minskat hjälpbehov. De har även exempel på att brukare kan bibehålla sina funktioner genom deras sätt att arbeta. Det handlar mer om att utgå från att brukaren kan det som de alltid kunnat ”inte fråga så mycket först utan mer utgå från att dom kan”. Mycket går att påverka genom hur arbetet planeras och genomförs ”medan brukaren gör det den kan så kan vi ibland göra andra saker”. De säger också att de blivit mycket duktigare på att uppmärksamma om en brukare behöver mindre hemtjänst och om en brukare tappar funktions- och aktivitetsförmåga. Brukarna får också klara det de kan även om det tar längre tid. ”Vi är en förlängd arm till arbetsterapeut och sjukgymnast” ”.....hon som bara låg, fast då vet jag inte om vi tog så mycket hjälp av arbetsterapeut och sjukgymnast. Då försökte vi väl själv få upp henne och få henne att gå till bordet och toaletten och vara uppe.....vi försökte få henne att gå dom sträckorna i stället för att bara sätta sig på en toastol vid sängen i stället

för att gå på toaletten. Och nu är hon i gång igen. Hon är precis som innan hon blev sjuk”.

”.....de kan t.ex. få skala potatisen själv när man kokat. Dom får själva ta fram kastruller och karotter. Dom får tvätta sig så mycket dom kan också försöker man att positivt putta på för att öka självkänslan genom beröm och stöttning. När man städar får dom själva gå runt med dammtrasan, även om det inte blir så mycket. När dom går på toaletten så kan dom få hjälpa till att hålla sig i tvättstället..... jag brukar ringa på dörren hos vårdtagarna så att dom blir tvungna att gå och öppna i stället för att använda nyckel....

”Vi är specialister på vardagsrehabilitering”.

”Vi ser ju hur dom fungerar i sin hemmiljö”.

”Den lilla tanten som haft stroke klär sig själv och... vi har väldigt lite där nu. Det var där jag lärde mig att ha händerna på ryggen.”.

I någon grupp beskrivs också rollen som att vara både kurator, psykolog, vårdare, städerska, kokerska, kameleont och hembiträde. Det kan vara krävande att växla mellan alla dessa roller. Beskrivningar finns också där de ser sig som viktiga inom rehabilitering men att de borde kunna bli mycket bättre. De arbetar fortfarande för traditionellt och lätt hjälper till för mycket. Tre grupper beskriver mer rollen som en utförare av arbetsuppgifter som någon annan bestämt. De finns inte i något klart sammanhang. De saknar respons från arbetsledningen och uttrycker att det mest pratas om vikten av att gå med vinst. De säger också att de inte finns några delegeringar från arbetsterapeut och sjukgymnast, inget direkt samarbete. Dessa tre grupper uppfattar rollen som otydlig och har betydligt svårare att beskriva sin egen roll.

Man är ju som en amöba egentligen. Man ska va smidig som en katt men är stark som en ardenner”.

Fem grupper anser inte att de tillhör hemteamet. Det finns grupper som aldrig hört uttrycket att man överhuvudtaget kan tillhöra något som heter hemteam. Två av dessa grupper anser sig dock självklart tillhöra hemteamet när det förklaras av intervjuarna.

Grupperna besvarar frågan om de är delaktiga i vårdplanering väldigt olika. Svaren varierar från att en grupp anser sig att de är självklara att finnas med och de kan även tänka sig att gå in på ledig dag. Svaren varierar mellan att de ofta deltar i vårdplanering till mer sällan. Det är 6 grupper som aldrig deltar i vårdplanering. Alla dessa skulle vilja vara med men upplever att struktur saknas, vilket också medför att det blir oklart när det gäller den hjälp som

brukarna skall ha. Av svaren framgår också att när intervjuarna frågar om delaktighet vid vårdplanering är det flera grupper som då endast tänker på vårdplanering på sjukhuset och inte på den vårdplanering som sker hemma hos brukaren. På frågan om undersköterskor och vårdbiträden deltar i vårdplanering är det inte alltid det fysiska deltagandet som åsyftas utan med vilken självklarhet deras kompetens räknas. Ett deltagande kan också vara att man är självklar att delta beroende av brukarens behov. Undersköterskor och vårdbiträden upplever delaktighet i den dialog som föregår en eventuell vårdplanering. Frågan om delaktighet vid vårdplanering leder också grupperna in på förekommande mötesstrukturer inom enheten. Här varierar svaren lika mycket från att 4 grupper beskriver att det på deras enhet har mycket klara strukturer där man har kontinuerliga möten med arbetsterapeut och sjukgymnast, personalmöten där personalfrågor avhandlas och möten där man enbart pratar om brukarnas behov och planerar/följer upp insatser behandling och träning. Det finns grupper som beskriver detta som en enda röra av allt från tidsbestämda möten där brukarfrågor blandas med personalfrågor och där möten mer ser ut att förekomma v.b. som inte heller verkar vara definierade.

”Uttrycker att dom tycker det är dålig disciplin på oss men det funkar ju ingenting”

Frågan om hur kontaktmannaskapet fungerar ger lika varierande svar som på frågan om hur vårdplaneringarna fungerar. Även här är det 4 grupper som tycker att de har ett ganska väl fungerande kontaktmannaskap men som ändå anser att det kan fungera ännu bättre. Det framkommer i många av svaren att grupperna här själva får ta ett stort ansvar och inte riktigt vet vad som krävs. Det finns ett fåtal grupper som mer eller mindre uttrycker att kontaktmannaskapet nog mest handlar om ett namn på ett papper om ens det.

”Kontaktmannaskapet är ett spel för kulisserna – ett skalbolag”

På frågan - Varifrån får man stöd och uppmuntran? svarar nästan alla grupper att det får man från varandra. Legitimerad personal i detta fall arbetsterapeuter och sjukgymnaster upplevs också av flera grupper att ge stöd och uppmuntran genom att finnas tillhands för råd och tala om hur och varför man skall arbeta på ett visst sätt. Det finns även team som upplever att arbetsterapeut och

sjukgymnast även i större utsträckning än i rent brukarfrågor stödjer och uppmuntrar i rollen som undersköterska/vårdbitråde. Här nämns även distriktssköterskans betydelse att ha en stödjande funktion.

”Av varandra tycker jag och av arbetsterapeuten och sjukgymnasten. Dom jagar ju på oss med blåslampan. En massa papper hit och dit. Dom kommer ju med papper så fort någon kommit hem från lasarettet och så här kommer dom och talar om att nu gör vi si och så och ni ska signera här och där för det ska följas upp hela tiden. Och det är jättebra, för annars skulle dom personerna bara bli sittandes”.

- **Samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast**

(Hur upplevs samarbetet med arbetsterapeut och sjukgymnast? Får undersköterskan/vårdbiträdet ta del av arbetsterapeutens/sjukgymnastens kunskap och tar de del av den kunskap som undersköterskan/vårdbiträdet har? Hur tillgängliga är arbetsterapeut och sjukgymnast för undersköterskan/vårdbiträdet? Hur upplevs de arbetsuppgifter som överläts från arbetsterapeut och/eller sjukgymnast? Upplever gruppen att man har tillräckligt med kunskap för rehabiliterande uppgifter och hur upplevs den utbildning man fått?)

Alla grupper utom 4 tycker att samarbetet med arbetsterapeut och sjukgymnast fungerar bra. Det är lätt att få kontakt per telefon, gå och fråga eller vid planerade möten. Flera grupper har kontinuerliga veckovisa och/eller dagliga möten med arbetsterapeut och sjukgymnast. Grupper som anger att de har ett mycket bra samarbete önskar ändå fortsatt utveckling och ännu mer samarbete. Vad gäller överlåtelse av arbetsuppgifter förefaller det ske naturligt i flera grupper där undersköterskan/vårdbiträdet tar vid. I några grupper pratar man om att arbetsterapeut och sjukgymnast delegerar arbetsuppgifter och att det fungerar bra. En grupp beskriver en stor förbättring sedan ny arbetsterapeut och sjukgymnast började på enheten. De säger att det mycket handlar om det personliga engagemanget och att de finns ute bland gruppen

”Vi får en bra respons. De är mycket ambitiösa vår arbetsterapeut och sjukgymnast. Dom har fötterna på jorden och det har sällan den här yrkeskategorin. Men våra båda har faktiskt det. Det måste vara rimligt, och rimliga mål har våra”.

”Bra respons från arbetsterapeut och sjukgymnast. Kanon. De hjälper oss vidare om det skulle vara några problem – man vet att det händer någonting”.

”Arbetsterapeut och sjukgymnast puschar på oss som en vitaminspruta – det behövs så vi inte tappar gaisten”.

”Arbetsterapeut och sjukgymnast litar på oss”.

”Arbetsterapeuterna är tuffare bra att ha i början sedan fixar vi det”.

”Arbetsterapeut och sjukgymnast är naturliga i teamet – kommer med ibland och ersätter personal”.

De fyra grupper som inte är fullt så positiva anser att kontakten med arbetsterapeut och sjukgymnast fungerar så tillvida att de kommer när de blir kontaktade. Dessa grupper upplever en distans till sina arbetsterapeuter och sjukgymnaster. De förekommer inga kontinuerliga tydliga träffar där brukarnas behov och insatser analyseras och planeras. Det pratas inte så mycket rehabilitering inom enheten. Grupperna uttrycker att det inte förekommer något egentligt samarbete.

”Arbetsterapeut och sjukgymnast jobbar inte nära gruppen”.

- **Arbetsledning**

(Vilken betydelse har arbetsledningen? Upplevelse av stöd och uppmuntran?)

När frågan ”Varifrån får ni stöd och uppmuntran?” ställs är det 3 grupper som direkt svarar arbetsledningen. Framförs ett problem så blir det åtgärdat. De uttrycker även att de genom beröm får uppmuntran av sin arbetsledning vilket upplevs som positivt. Betydelsen av ett nära ledarskap framhålls och som förstår vad det handlar om. Vid samma fråga och då hänvisad till arbetsledningen är det ytterligare 3 grupper som anser sig ha stöd från arbetsledningen och blir lyssnade till.

”Arbetsledningen finns där”

”Dom går dessutom ut och hjälper till och jobbar också”

Flera grupper uttrycker ett avstånd till arbetsledningen eller undviker att svara på frågan. Arbetsledningen är ej är synlig, vet ej vad som pågår, det är så mycket annat med ekonomi och liknande, byten av chefer etc.

”Vi klarar oss själva”

”Min chef som det var förut när vi gjorde hembesök, och så, skulle hon veta vart vi var, hur människan såg ut som vi hade hand om, hur det såg ut hemma där och vad vi har för förhållande då... Nu vet man ingenting.

”Ledningen har inget med oss att göra, så där kan vi inte känna något stöd precis”.

”Hos oss stänger dom in sig chefen och...”

- **Hinder och möjligheter**

(Vilka hinder och möjligheter finns för att arbeta rehabiliterande?)

### **Hinder**

Tiden kommer upp som ett hinder hos 13 av grupperna dock i olika omfattning. Ungefär 1/3 av dessa grupper anger genomgående i intervjun bristen på tid som ett hinder. För resterande gruppen framkommer bristen på tid i varierande grad men ej genomgående i intervjun. Bristen på tid kan stå för olika saker – beräknad tid för olika arbetsuppgifter är ej tillräcklig, rörigt på jobbet och sjukdom hos kollegor, brukare som sedan tidigare är vana att få mer hjälp än sina faktiska behov. Det finns team som upplever en kluvenhet mellan arbetsledning, arbetsterapeut och sjukgymnast. Gruppen får ej tid till att utföra arbetsuppgifterna med ett rehabiliterande förhållningssätt. De anger att kontakten mellan arbetsledning, arbetsterapeut och sjukgymnast fungerar dåligt. Brukarnas bristande motivation finns också beskriven som ett hinder av några grupper.

”Det är ju om det är kort om personal som man inte kan vara där så länge. Man blir stressad och bara slänger på dom kläderna och kokar snabbgröt, man hinner knappt prata med dom”.

### **Möjligheter**

Gruppernas svar på vilka möjligheter man ser går ihop med svaren under frågeområdet - skillnad förr och nu för undersköterskan/vårdbiträdet. De grupper som svarat på vilka möjligheter man ser anger alla tillgången på arbetsterapeut och sjukgymnast. Någon grupp ser möjligheter i att brukarna oftast kan mer än vad som framgår av insatsplanen, vilket medför att tiden successivt kan minskas. En grupp ser möjligheter med att ha aktivitetsgrupper där det går att göra roliga saker med brukarna. En annan grupp ser som möjlighet att ha mindre och tydligare mål. En grupp ser sin egen kunskap och kompetens som en stor möjlighet.

”Det går att utveckla rehabilitering så att de inte blir mer och mer passiva – det är för mycket tekniskt i dag”.

- **Skillnad förr och nu**

(Vilken skillnad upplever undersköterskor och vårdbiträden för sin egen yrkesroll och för brukarna jämfört tiden före och efter rehabsatsningen?)

Samtliga grupper uttrycker i intervjun att satsningen har varit positiv med tillskottet av sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Tretton grupper beskriver i olika grad positiva skillnader för tiden före och efter satsningen. För den egna yrkesrollen har det blivit mer legalt att arbeta rehabiliterande ”Att ha händerna på ryggen”

Det har blivit bättre planering för hur och när arbetet skall utföras. Undersköterskor och vårdbiträden arbetar mer lika hos brukarna. Tydligare att planeringen utgår från brukarnas behov. De känner en större delaktighet i planering och utförande och vet och förstår varför utförandet ibland skall ske på ett visst sätt. ”Nu är det slut på att det är populärare med dom som inte rehabiliterar” - säger en undersköterska och syftar på hur brukarna kan spela ut persona mot varandra. En grupp uttrycker att man känner sig mera värd efter satsningen. Det är en stor skillnad med närheten och tillgången till arbetsterapeut och sjukgymnast. De finns med hela tiden. Förut var det bara hjälpmedel. Det är nu mer förebyggande arbete med stöd av arbetsterapeut och sjukgymnast. Att arbeta med träning är roligt.

”Nu pratas det mer rehabilitering – hela tiden – vi gör det hela tiden”

”Nu är det mera promenader – det kan man bli galen på men det är jättebra dom håller sig i form och för hjärnan”

”Vi hjälper inte till så himla mycket som man gjorde förut. De får klara mer nu. Det är så vi lärt oss att jobba nu”.

”Man tänker annorlunda nu och har mycket stöd från arbetsterapeut och sjukgymnast jämfört med tidigare”.

”Nu är det viktigare att gå ut och ta en promenad så på det sättet har det blivit bättre”.

”Stor skillnad mot tidigare då var man mer som en piga”

Skillnaden för brukarna beskrivs också av ovanstående grupper som positiv. De tror att brukarna nu kan återhämta sig fortare genom en snabbare och effektivare rehabilitering. ”Tänket” har blivit tydligare att brukarna skall utveckla och bibehålla sina färdigheter. Det är mer träning hemma. Brukarna får nu snabbare insatser ”eller så är det så att vi får höra mer”. Ökad delaktighet för brukarna. Brukarna får nu ta mer ansvar själva.

Tre grupper ger inte samma positiva bild när de ska beskriva skillnaden före och efter satsningen. En grupp har inte besvarat frågan.

”Det hänger inte så mycket på själva satsningen utan mycket på hur engagerade arbetsterapeuten och sjukgymnasten är och även på oss. Om de är motiverade så speglar det av sig”.

En grupp upplever ändå att de gör mer rehabiliterande saker men inte riktigt beskriva hur.

”Pratas inte riktigt om vardagsrehabilitering”

- **Utvecklingsmöjligheter**

(Vad behövs i det fortsatta utvecklingsarbetet?)

Endast två grupper har direkta synpunkter på det fortsatta utvecklingsarbetet. Den ena gruppen vill ha mer arbetsuppgifter överlåtna till sig från arbetsterapeut och sjukgymnast. Den andra gruppen tycker att planeringarna för brukarna behöver förbättras så att det blir tydligare vad som skall göras och varför. I övrigt tycker de att den positiva utveckling som påbörjats skall fortsätta.

## Sammanställningar av intervju 2

Till den uppföljande intervjun förstärks gruppernas positiva svar från den första intervjun. De tretton grupper som upplevde klart positiva skillnader i och med satsningen på rehabilitering har till den uppföljande intervjun mer exempel på hur de arbetar vardagsrehabiliterande. Exempel som av andra grupper beskrivits i sammanställningen av intervju 1. ”Att de själva får ta fram kastruller”

Att dom får tvätta och klä sig så mycket dom kan...man hjälper endast till när man ser att det inte går.”

De olika grupperna närmar sig också i sina tyckanden om skillnad före och efter satsningen där fler grupper beskriver hur brukarna i dag får mera träning, hur vardagsrehabilitering har blivit tydligare vad det är, att man gör det och att det sitter som inprogrammerat. Nya beskrivningar kommer där de ser att deras arbetsätt haft betydelse för utveckling av brukarens förmågor. Teamet är viktigt – nya beskrivningar kommer också av hur de ingår som en kompetens i teamet i planering och utförande av insatser.

”.....ingenting höll jag på att säga. Vi gör ingenting, vi bara mer eller mindre slutar att göra saker för han gör det själv. I början gjorde vi allting dukade fram och lagade mat. Nu diskar han själv..... han tom vispade grädde till krämen...”

I den andra intervjun kommer också fler exempel på behov av utveckling. Fler grupper önskar utveckling av tydligare målbeskrivningar som stödjer i deras arbete. Mer utbildning i rehabilitering/ vardagsrehabilitering, mer handledning. Fler grupper uttrycker också att de vill ha mer delegeringar från arbetsterapeut och sjukgymnast. De har



exempel på hur samarbete och kommunikationen med arbetsterapeut och sjukgymnast ytterligare kan förbättras för att ge mer teamkänsla. Synpunkter finns på förbättringar av kontaktmannskapet och dess betydelse. Av några grupper nämns också att anhöriga måste göras mer delaktiga.

”Kontinuerliga inbokade möten med klara syften”

”Arbetsterapeut och sjukgymnast borde sitta närmare oss”

Tre grupper var fortfarande mer avvaktande i den följande intervjun. De hade även då svårt att ge exempel på hur de arbetar med vardagsrehabilitering. De känner sig utanför teamet och inte som en del i ett rehabiliterande sammanhang. Intervjuarna skriver som en kommentar till en av grupperna där de är kritiska till hur arbetsledning, arbetsterapeut och sjukgymnast samtalar kring tid för rehabilitering mm – ”man undrar om de över huvudtaget pratar med varandra”. Tidsbristen för dessa grupper dominerar fortfarande i deras svar. Det är också tydligt att det inte finns någon egentlig dialog med arbetsledningen, utan gruppen får klara sig själv. Det finns också beskrivningar om en ohållbar situation med hög arbetsbelastning, stress och spänningsvärk. Det är mer personal som är lösningen. De tycker att reabsatsningen mest har gett mer arbete och att ingen lyssnar till vad de säger.

Upplägget av studien med två intervjuer hade ett syfte att grupperna skulle få en tid till eftertanke både gällande som en effekt på svarens kvalité och som ett lärande för gruppen. Sammanställningen av intervju två ser ut att haft just denna önskade effekt då flera grupper närmar sig i både avseende svar på olika frågor och exempelbeskrivningar. Några grupper har också i intervju två uttryckt att intervjun satt igång mycket tankar. En grupp beskrev väldigt tydligt effekten mellan de båda intervjuerna. De berättar hur de efter den första intervjun direkt tagit kontakt med arbetsterapeuten och sjukgymnasten och berättat att de minsann också tillhör teamet och att det finns något som heter vardagsrehabilitering. En utveckling skedde ganska snabbt när de kunde mötas och prata om detta. Det var en mycket nöjd grupp som tyckte sig ha utträttat storverk mellan de båda intervjuerna.

# Sammanställning av intervjuer från gränskommunen

## Rehabilitering/Vardagsrehabilitering

Alla tre grupper är eniga i att det inte pratas om rehabilitering. ”Möter ej ordet” Utförande av beslutade insatser diskuteras inte på några särskilda träffar enligt någon känd struktur – det sker ”när man träffas, kafferaster, i korridoren”. Däremot förekommer träffar med sjuksköterska och distriktssköterska men då handlar det mer om medicinsk planering och frågor. Grupperna upplever att det var bättre förr då det fanns en tydligare ledning och planering. Begreppet vardagsrehabilitering är helt okänt. När intervjuarna förklarar vad det innebär så ser grupperna att de har en viktig roll i att brukaren kan bibehålla sina förmågor. En grupp beskriver hur de försökt att arbeta mer rehabiliterande men då reagerar omgivningen med att säga ”sänk ambitionerna”. Ingen av grupperna kan ge några exempel på mål som stödjer dem i arbetet.

I intervjuerna framkommer väldigt tydligt att det för grupperna saknas ett gemensamt synsätt och att undersköterskor och vårdbiträden själva upplever att de får ta ett stort ansvar för planering och utförande av insatser. De verkar arbeta direkt i förhållande till biståndshandläggarens beslut utan fortsatt gemensam planering av ”hur” insatserna skall utföras.

### *Vårdplanering*

Ingen av grupperna uppger att de deltar i vårdplanering med brukaren.

### *Kontaktmannaskapet*

I alla tre grupper ser kontaktmannaskapet ut att vara väldigt otydligt. En grupp säger ”vet inte ens om det varit på tal här”.

### *AT/SG*

Kontakten med arbetsterapeut och sjukgymnast sker mest via telefon. Undersköterskor och vårdbiträden tycker det är svårt att beskriva problem utan att träffas. Vid enstaka tillfällen förekommer instruktioner från arbetsterapeut och sjukgymnast i hur det ska arbeta med/hos brukaren. Dessa instruktioner verkar dock inte förekomma i ett klart sammanhang av planering och uppföljning. Det finns en variation i hur lätt grupperna upplever att det är att få kontakt med arbetsterapeut och

sjukgymnast. "Lyssnar till oss om vi har problem men det är inte lätt att få tag i dom". De saknar stöd i specifika ärenden. Det som beskrivs är inget direkt samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast utan handlar mer om att på ställd fråga ges ett svar eller erhålls ett hjälpmedel. Grupperna är väldigt eniga i att de önskar ett bättre samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast. Undersköterskor och vårdbiträden vill också ha utbildning i arbetssätt, handledning i dagliga situationer och i övrigt stöd i hur det ska arbeta. "Dom vill vara fler och det behövs verkligen" säger en av gruppmedlemmarna och syftar på arbetsterapeut och sjukgymnast.

### *Tiden*

Samtliga grupper återkommer ständigt till att bristen på tid är ett stort problem. Bristen på tid uppges i förhållande till hur de skulle vilja arbeta, hur arbetet ser ut i dag samt mer specifikt hur tiden kommer in i planering och i mötet med varandra och övriga professioner.

### *Uppmuntran*

Grupperna är samstämmiga i sina svar. De får uppmuntran från varandra, brukarna och i den dagliga kontakten med sjuksköterska och/eller distriktssköterska.

På direkt fråga upplevs inget stöd från arbetsledningen –

"Allt går via chefen."

"Vi har ingen möjlighet att påverka i beslut."

"Vi blir ej lyssnade till i vad brukarna kan."

"Det var större delaktighet förr."

"Vi jobbar runt."

### *Teamarbete*

Det finns inget i intervjuerna som tyder på att undersköterskor och vårdbiträden upplever att de arbetar i ett team. Begreppet team i ett rehabiliterande sammanhang är av förklariga skäl okänt för de intervjuade. De verkar inte uppleva ett samarbete med övriga professioner och arbetsledning. Sjuksköterskan och/eller distriktssköterskan är den profession som ser ut att finnas närmast undersköterskor och vårdbiträden men då i rent medicinska frågor.

Samtliga tre grupper är dock eniga i att uttrycka en vilja att arbeta mer rehabiliterande.

# Sammanställning av hur väl teamen fungerar

## Väl fungerande team

### *Kännetecken*

- Stabil och närvarande arbetsledning som lyssnar och bekräftar.
- Undersköterskor och vårdbiträden upplever att de är betydelsefulla.
- Undersköterskor och vårdbiträden är en efterfrågad och självklar kompetens i hemteamet.
- Undersköterskor och vårdbiträden upplever att deras kompetens ses som självklar vid vårdplanering.
- Kontaktmannaskapet fungerar enligt känd arbetsordning.
- Undersköterskor och vårdbiträden ser målens betydelse och vet var de finns nerskrivna.
- Min Hälsomapp (motsvarande Carema, Attendo), <sup>3</sup>Min Planering används enligt känd arbetsordning.
- Undersköterskor och vårdbiträden har bra exempel på vad som är vardagsrehabilitering och hur de arbetar med det.
- Förekommande möten och träffar har ett klart syfte och struktur.
- Samarbetet med arbetsterapeuter och sjukgymnaster fungerar mycket bra.
- Tidsbrist nämns ej.
- Undersköterskor och vårdbiträden får uppmuntran från arbetsledning, teammedlemmar och brukare.

### *Belysande citat*

”Arbetsledningen lyssnar på oss. Sitter inte bara utan bryr sig.”

”En bil kan ju inte köra utan förare och en förare kan inte köra utan bil annars blir förare och bil två olika saker” (beskrivning av hur teamet fungerar)

”Många som tom haft hjälp från oss återgår till eget liv sedan.”

”Nu är det hjälp till självhjälp.”

”Det är ju underbart när dom säger ifrån sig hjälp, kanske kaffebesöket, jätteroligt när dom är nästan 100 och säger ifrån sig.”

---

<sup>3</sup> Min Planering = Rehabplan med målformuleringar

## Team på god väg

### *Kännetecken*

- Undersköterskor och vårdbiträden upplever i olika grad ett avstånd till arbetsledningen.
- Undersköterskor och vårdbiträden upplever i olika grad att de är betydelsefulla och efterfrågade i hemteamet.
- Det pratas inte i alla team om undersköterskans och vårdbitrådets teamtillhörighet och hemteam som begrepp, men undersköterskor och vårdbiträden ser sig som en självklar kompetens i hemteamet när det förklaras.
- Undersköterskor och vårdbiträden deltar vid vårdplanering.
- Kontaktmän utses men uppdraget är otydligt i varierande grad. Upplevelse av att ansvaret ligger på dem själva.
- Målen är inte helt tydliga som stöd i arbetet men grupperna har exempel på bra mål.
- Min Hälsomapp (motsvarande Carema, Attendo) och Min Planering finns delvis.
- Undersköterskor och vårdbiträden har bra exempel på vad som är vardagsrehabilitering och hur de arbetar med det.
- Det finns en mer eller mindre otydlighet gällande förekommande mötens syfte och struktur.
- Arbetsterapeut och sjukgymnast är lätt att få kontakt med men grupperna uttrycker i olika grad en önskan om närmare samarbete och ökad förståelse för varandras arbete.
- Tid som bristvara nämns i olika grad.
- Undersköterskor och vårdbiträden får uppmuntran från varandra, brukare samt att det även förekommer från arbetsterapeut, sjukgymnast och distriktssköterska.

### *Belysande citat*

”Målen är oftast att bo kvar hemma – det borde mer stå att dom ska kunna laga mat själva, sådant står inte.”

Viktigaste uppgift i teamet – ”Någonstans så är det ju vardagsrehabiliteringen. Det är ju vi som ser det, eftersom arbetsterapeut och sjukgymnast inte är där hela tiden. Det är ju där vi måste vara annars så blir det ju ingenting gjort.”

”Lätt att få kontakt med arbetsterapeut och sjukgymnast men inte så mycket samarbete.”

”Du är delaktig i vardagsrehabiliteringen jättemycket men du är inte delaktig i vad sjukgymnasten gör i sina delar av rehabiliteringen.”

”Bara byta det där lilla ordet – ska ha hjälp mot stöttning – det blir en helt annan sak. Det räcker med att byta ut små, små ord så får man mer tid.”

## Ej fungerande team

### *Kännetecken*

- Instabil och/eller avståndstagande arbetsledning.
- Undersköterskor och vårdbiträden upplever en hierarki och att de är en kompetens vid sidan om – känner inte att man lyssnar till deras iakttagelser och behov.
- Undersköterskor och vårdbiträden ser sig ej som en kompetens i hemteamet.
- Undersköterskor och vårdbiträden deltar endast sporadiskt vid vårdplanering .
- Kontaktmannaskapet upplevs mycket otydligt. Inga kända arbetsformer finns.
- Finns inga mål – ”det diskuteras inte”.
- Min Hälsomapp (motsvarande Carema, Attendo) och Min Planering används ej.
- Undersköterskor och vårdbiträden har inga eller osäkra exempel på vad som är vardagsrehabilitering.
- Oklart syfte med förekommande möten och träffar – blandning av brukar- och personalfrågor.
- Grupperna upplever en distans till arbetsterapeut och sjukgymnast.
- Tid uppges vara en ständig bristvara.
- Undersköterskor och vårdbiträden får uppmuntran från varandra och brukarna.
- Grupperna upplever rollen som undersköterska och vårdbiträde som oklar – vad göra, vad säga, saknar klara direktiv.

### *Belysande citat*

”Vi får direktiv vad vi ska göra och så gör vi det varken mer eller mindre.”

”Gör det vi blir tillsagda att göra”

Följande citat kommer i samband med diskussioner kring delegeringar från arbetsterapeut/sjukgymnast som de anser finns för lite av utan endast promenader som de ska göra ”Det är väl det enda dom inte orkar då”

”Det känns inte som vi riktigt får delaktighet i det som ska göras utan man är lite på sidan om..... man lyssnar inte på när vi säger att brukaren kan utan det blir mer tid i stället.”

Vilka behov av rehabilitering upptäcker ni? ”Sociala biten, det är mycket ensamhet”

Vi står utanför teamet – vi har ett eget team.”

Tabell 1 Poängsättning av team

Poäng	Antal team
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	2
8	2
9	
10	
11	2
12	
13	1
14	
15	1
16	1
17	1
18	1
19	
20	1
21	1
22	
23	1
24	
25	1
26	1

Teamen har efter bedömning indelats i icke fungerande team 0-8 poäng, team på god väg 9-22 poäng och väl fungerande team 23-26 poäng. Valet att sätta en sådan liten marginal för de väl fungerande teamen som 4 poäng grundas på att det som skiljer dessa team från de närliggande är hur väl arbetsledningen anges fungera samt att det också finns en tydlig skillnad i gruppernas upplevelse av tid. Det finns liknande skillnader också mellan de team som ej fungerar och de angränsande teamen till dessa team.

**Ej fungerande team      4**  
**Team på god väg        9**  
**Väl fungerande team    3**





# Diskussion

Det råder en samstämmighet bland intervjuade undersköterskor och vårdbiträden om deras syn på rehabilitering. Det är när arbetet utförs så att brukarens funktioner och förmågor bibehålls och förbättras. Många ser sig själva som ”rehabiliterare” vilket innebär att de uppmuntrar, lockar och motiverar brukaren till egen aktivitet. Efter satsningen har det blivit ”mer legalt att arbeta rehabiliterande” är vad flera grupper uttrycker. Det rehabiliterande ”tänket” är inte nytt utan har efter satsningen fått en plattform, en legalitet som stärker många undersköterskor och vårdbiträden i att arbeta som de även tidigare känt vara rätt. Det handlar om att stödja brukaren i att själv klara det han/hon kan. Planeringen har förbättrats där man jobbar mer lika och vet vad som ska göras. Arbetet beskrivs av flera som att det blivit roligare och att undersköterskans och vårdbiträdets roll lyfts fram. En allmän uppfattning i Zingmarks studie gällande utvärdering av handledning i Östersunds kommun är att det blir mer och mer vanligt med varierande frågor från undersköterskor och vårdbiträden avseende rehabilitering.

Vardagsrehabilitering beskrivs vara att i möjligaste mån stödja brukarens förmågor att klara sin personliga omvårdnad och aktiviteter i hemmet. (Socialstyrelsen, 2003). Många grupper har målade beskrivningar av vad som är vardagsrehabilitering. De uttalar också bestämt sin egen betydelse i hur väl brukaren kan bibehålla och utveckla sina förmågor. Ett exempel där gruppen med stolthet beskriver sitt arbete gäller en dam i 90-årsåldern som insjuknar i influensa. Hon har bl a. hjälp/stöd med att klara sin hygien och klädsel morgon och kväll. Efter sin sjukdomsperiod blir hon sängliggande. Undersköterskor och vårdbiträden lägger då upp sitt arbete så att damen successivt återfår sin förmåga att gå, äta själv och klara sina toalettbesök. Hon får ex. gå längre och längre sträckor, sitta uppe mer och mer och efter drygt två veckor så är hon sitt gamla jag.

Alla grupper har arbetsterapeut och sjukgymnast som den naturliga kontakten om brukarens funktionsförmåga och/eller aktivitetsförmåga försämras.

Grupperna säger sig ha kännedom om mål för brukarna men fortsatta samtal kring målen visar att de inte är så tydliga i verksamheten. Några få grupper ser ut att på sina enheter ha mål som verkligen leder dem i arbetet. Målen där finns också i Min Planering (rehabplanen) och i andra dokument i Min Hälsomapp. Flera grupper är kritiska mot frånvaro av

mål eller mot mål som ej stödjer dem i arbetet. De efterlyser mål av just den karaktär som utmärker sig i ett rehabiliterande sammanhang – vardagsnära aktivitetsrelaterade mål som uttrycker vart brukaren tillsammans med teamet ska sträva och vilka funktioner och förmågor som står i fokus. Målen är styrande för upprättande av rehabplaner, arbetsplaner, ordinationer och uppföljning. (Sjöstrand I & Westlund P, 2004). Flera grupper nämner insatsplanerna (beslutet) från biståndshandläggaren som ett måldokument och är kritiska till formuleringar och innehåll. Det visar bara att påbörjat arbete med att införa och utveckla arbetsplanen som skall ta vid insatsplanen (beslutet) på enheten är angeläget. I detta arbete måste undersköterskor och vårdbiträden vara delaktiga tillsammans med övriga professioner i teamet. En förutsättning för att det rehabiliterande arbetet skall fungera är att arbetsplanen, som är ett SoL dokument, har en tydlig förankring till rehabplanen och legitimerad personals ordinationer för hälso- och sjukvårdsinsatser (Äldreuppsdraget 2000:8). Dokumentationen kan, rätt utförd, underlätta och stödja brukarperspektivet i att se individen som en helhet och inte som en person som föremål för arbetsterapeutinsatser, sjukgymnastinsatser, distriktssköterskeinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen och slutligen insatser från hemtjänsten enligt Socialtjänstlagen. Dokumentationen blir också ett ”kvitto” på hur väl vi lyckas att se individen som en helhet. Mål och insatser/åtgärder ska sträva åt samma håll. I kommunen finns till skillnad från landstinget fler lagar som styr. Vid utförande av arbetsuppgifter inom hemtjänsten kan gränsen för om en arbetsuppgift är att se som hälso- och sjukvård (specifik omvårdnad, rehabilitering) eller (allmän omvårdnad, vardagsrehabilitering) enligt Socialtjänstlagen ibland upplevas som oklar. Denna gräns går ej heller att göra helt tydlig då bedömning, planering, överlåtelse av arbetsuppgift, utförande och uppföljning till olika delar är beroende av ex. utbildning, erfarenhet, kompetens, arbetsledning, arbetsmetoder, dokumentationssystem, ersättningssystem etc. Min Planering är just den rehabplan som avser att optimera brukarens och närståendes delaktighet och vara den plan som kommunicerar målen för insatserna och som tydliggör olika professioners ansvar.

I intervjuerna finns många goda exempel på hur undersköterskor och vårdbiträden tänker och arbetar rehabiliterande. Vardagsrehabilitering som begrepp är nytt men som företeelse sattes det på pränt redan 1979 där aktivering av den hjälpbehövande skulle medföra självständighet i hemmet (Socialstyrelsen, 1979). Vardagsrehabilitering är som begrepp ett tydliggörande av det rehabiliterande förhållningssättet inom den

allmänna omvårdnaden. Studien visar att undersköterskor och vårdbiträden vill och kan arbeta rehabiliterande. Arbetsterapeutens och sjukgymnastens kompetens är den motor som behövs för att sätta fokus på den gemensamma värdegrunden för rehabilitering, det rehabiliterande arbetet och förhållningssättet. Det handlar mer om att bekräfta och lyfta fram det goda arbete som redan utförs än att utbilda i vardagsrehabilitering. Det handlar om att ledningen skapar sammanhang där teamets alla kompetenser tillsammans med brukaren är delaktiga i planering, utförande och uppföljning av insatser. De team som fungerar allra bäst är de team där det inte råder någon som helst hierarki, där alla ser varandra som medarbetare och lika viktiga beroende av brukarens behov (Gustafsson & Szebehely, 2001; Zingmark, 2006). I de teamen upplever inte undersköterskor och vårdbiträden att de gör arbetsuppgifter "åt någon annan" utan det man gör - det gör man tillsammans. Man är "medskapare" i ett sammanhang där brukarperspektivet står i fokus.

Undersköterskor och vårdbiträden har i studien svårt att svara på vilken typ av utbildning de saknar. Lite diffusa svar om att det kanske skulle vara bra med mer utbildning men ger inga konkreta exempel förutom förflyttningsteknik. Det verkar som om man är nöjd med den utbildning man fått och får och ger som exempel lyftutbildning och genomgång av hjälpmedel.

Det som också framkommer som positivt i många grupper är det nära samarbetet som finns med arbetsterapeut och sjukgymnast. "Förut var det bara hjälpmedel" är ett citat som återkommer på olika sätt (Äldreuppsdraget 2000:8). Flera team beskriver fördelen med att arbetsterapeut och sjukgymnast finns med i det dagliga arbetet för råd och stöd.

Studiens upplägg med två intervjuer har också haft effekten att fler grupper i mellanperioden reflekterat över sitt arbete. I den andra intervjun är det fler team som kommer med exempel på hur de arbetar vardagsrehabiliterande. Det finns också grupper som i den första intervjun fått klart för sig att de inte involverats i teamarbetet som ursprungstanken var. De har därför tagit upp detta med sina kollegor arbetsterapeut och sjukgymnast, vilket har inneburit att utvecklingsarbetet i dessa team tagit ett steg i rätt riktning.

## Vad skiljer ett "icke fungerande team" från ett "väl fungerande team"

Det har satts en snäv gräns för att tillhöra ett "väl fungerande team". Anledningen till detta är att det som så tydligt skiljer de "väl fungerande teamen" och "team på god väg" i gränslandet mot att vara ett "väl fungerande team" är gruppernas uppfattning om det goda ledarskapet. Grupperna i de väl fungerande teamen har flera exempel på ett närvarande och stödjande ledarskap. Arbetsledningen är tillgänglig, lyssnar och bekräftar. Undersköterskan och vårdbiträdet har en självklar roll i teamet och känner sig betydelsefulla. När de beskriver vardagsrehabilitering uttrycker de både glädje och yrkesstolthet "Vi är specialister på vardagsrehabilitering". Ledningen skapar förutsättningar för struktur och främjar en arbetsmiljö där alla arbetar mot samma mål och med en tydlig plattform som grund – brukarperspektivet, värdegrunden. Det finns en känsla av att alla hjälps åt. Arbetsterapeut och sjukgymnast ses som kollegor. "När det t.ex. kör ihop sig på morgonen kan vi ringa till arbetsterapeuten eller sjukgymnasten som då kommer och tar de träningar som vi skulle ha gjort".

Förhållandena i de "ej fungerande teamen" är raka motsatsen. I dessa team upplevs ledningen som instabil och/eller avståndstagande. Undersköterskor och vårdbiträden upplever en hierarki där de står vid sidan om och ej räknas med i som de upplever viktiga frågor och sammanhang. De får dock ta mycket ansvar men utan struktur och stöd. De gör vad de blir tillsagda att göra annars blir det obehag. Det finns en tydlig "vi och dom känsla" i förhållande till ledningen men även i viss mån till legitimerad personal i hemteamet.

När det gäller de team som klassats till gruppen "team på god väg" så finns stora variationer på de som ligger i gränslandet mot ej fungerande team och de som gränsar mot de väl fungerande teamen. Ledarskapet är utslagsgivande i båda fallen. I team på god väg finns inte samma uttryck av att undersköterskor och vårdbiträden känner sig utanför gruppen. Det framkommer heller inte i intervjuerna uttryck som att ledningen är helt oförstående och inte bryr sig.

## Tid

Det som allmänt hörs och pratas om i många sammanhang inte bara inom vård- och omsorgsarbete, är att arbetstagarna upplever tidspress (Äldreuppdraget 2000:8). Brist på tid leder till stress och kan i många fall leda till kortare och längre sjukskrivningsperioder. Det som blir så tydligt i dessa intervjuer är att gruppernas upplevelse av tid är så olika. I de väl fungerande teamen nämns inte bristen på tid medan det i de ej fungerande teamen är ett ständigt återkommande problem. Det verkar som om upplevelsen av tid har ett samband med ett väl fungerande ledarskap. I de väl fungerande teamen känner personalen sig värdefull och behöver ej använda energi för att försvara sitt värde. Där finns också en struktur som tydliggör arbetsuppgifternas utförande – personalen vet vad som förväntas i olika situationer och vet också därför när de fullgjort olika typer av uppdrag. Personalen kan använda tillgänglig tid mera i nuet dvs fokusera på vad som är arbetsuppgiften just nu. Arbetsglädje och yrkesstolthet upplevs därför att man finns som en självklarhet i ett större sammanhang. Personal som arbetar i de ej fungerande teamen har tillgång till lika mycket tid men ledningen har inte skapat möjligheter och en struktur som understödjer ett hushållande med tid. Det är sannolikt så att personalen upplever otillräcklighet för att man inte vet riktigt vad som förväntas – uppdraget är otydligt, det tar mycket energi (tid) till att bekräfta varandras betydelse och duglighet och att gemensamt uttrycka sitt missnöje över rådande situation.

## Delaktighet

Delaktighet för brukare och närstående finns med i den gemensamma värdegrunden. På samma sätt borde det finnas en värdegrund som lika tydligt understryker vikten av delaktighet för all personal. Delaktighet har blivit ett slitet uttryck och som för många inte betyder annat än att personalen delges ”viktiga fakta”. Delaktighet innebär att personalen upplever att de arbetsuppgifter man utför gör man i ett sammanhang ”göra med” någon/några. Det ska finnas en känsla av medskapande. Delaktighet ska ge en positiv känsla av att vara respekterad för sin person och kompetens, att bli lyssnad till och få uttrycka sin mening. Motsatsen blir när personalen upplever sig utanför och att de arbetsuppgifter som utförs gör man ”åt någon” utan att finnas med i sammanhanget, vilket verkar vara fallet i de ej fungerande teamen.

”Delaktigheten i sig är inget mirakel. För att fungera måste delaktigheten grundas på ledningens förväntningar på att personalen kan det som måste göras” (Jay Hall, 1988). Delaktighet kan alltså inte bli möjligt där ledningen inte känner **tillit** till personalens förmåga.

## **Undersköterskans/vårdbiträdets roll**

Flera frågeområden i intervjun berör hur undersköterskan/vårdbiträdet uppfattar sin roll i teamet. I de ”väl fungerande teamen” beskriver grupperna att de i sin profession ser sig som förmedlare av brukarens behov. De känner brukaren och uppmärksammar direkt när någon förändring inträffar. De arbetar med rehabilitering som syftar till att bevara, bibehålla och förbättra brukarens funktionsförmåga och aktivitetsförmåga. De har en viktig uppgift i att uppmuntra, locka och motivera brukaren till egen aktivitet. Grupperna uttrycker med stolthet att de är själva stommen i teamet som annars inte skulle fungera.

I de ”ej fungerande teamen” beskrivs rollen mer som utförare av en tjänst eller uppgift där undersköterskan/vårdbiträdet står lägst i hierarkin och gör vad de blir tillsagda att göra. Det finns inga direkta uttryck för att det rehabiliterande arbetet ligger inom ansvarsområdet. De undviker att svara på vilka behov av rehabilitering de upptäcker och har svårt att ge exempel på vad som kan vara vardagsrehabilitering. Däremot beskriver de en stor medkänsla för brukaren där de ex. ser ensamheten som ett behov där de inte upplever sig räcka till. Något som inte alls kommer fram i de team som har de högre poängen. Det kan ses som ett uttryck för att grupperna i de ej fungerande teamen inte alls på samma sätt har tillgång till en gemensam planering med utgångspunkt av brukarens behov. De får ofta möta brukaren utan samplanering där var och en gör så gott den kan. Mål formuleras inte. I alla fall inte så att man upplever sig delaktig.

I ”team på god väg” finns en variation av hur undersköterskan/vårdbiträdet upplever sin roll. I de team som ligger närmast de ”ej fungerande teamen” finns uttalanden om att man vill ha mer delegeringar från arbetsterapeut och sjukgymnast. Delegeringen ger sannolikt arbetsuppgiften en högre status. I dessa team finns inte riktigt det nära samarbetet där gemensam planering är ett naturligt inslag. Det kan vara ett tecken på ett större avstånd mellan leg personal och gruppen

undersköterskor/vårdbiträden som är vana att mer bli tilldelade arbetsuppgifter. Gruppen som säger att sjukgymnasten skall veta vad vi gör men vi får inte veta vad han/hon gör understryker att det finns en upplevelse av att känna sig styrd. Denna grupp är dock positiv till att arbeta rehabiliterande. Liknande uttalanden finns inte i de högre poängsatta teamen. En förklaring kan vara att i dessa team har undersköterskan/vårdbiträdet en mer självklar kompetens i hemteamet. De är mer delaktiga i planering, målformuleringar och uppföljning av insatser. Ordinationer/instruktioner från arbetsterapeut och sjukgymnast blir en naturlig del i deras arbete.

I kommunen som helhet har tendensen varit att antalet delegeringar från arbetsterapeut/sjukgymnast minskat i förhållande till skriftliga ordinationer, vilket kan förklaras av ökad kompetens, större tillit mellan professionerna i teamen och att formerna för samarbete och gemensam planering nu finns på ett annat sätt än vad som var fallet för 6 år sedan.

## **Vårdplanering**

Gruppernas svar på hur delaktiga de är i vårdplanering ska tolkas mot bakgrunden att vårdplanering kan uppfattas olika. I flera grupper tolkas vårdplanering som det som sker på sjukhuset. Den vårdplanering som sker hemma hos brukaren glöms bort. Det framkommer ändå tydliga skillnader mellan de team som klassats som väl fungerande och ej fungerande team.

I team som har de högre poängen är rollen som undersköterska/vårdbiträde betydligt mer självklar att delta vid vårdplanering utifrån brukarens behov. Av gruppernas samtal kring vårdplanering som företeelse framkommer att det är kompetensen som är självklar. De ser inte i första hand sig själva som personer i förhållande till brukaren utan mer den roll som de kommer att ha i teamet. Grupperna speglar en trygghet och tillit till övriga professioner i teamet.

I team med lägre poäng verkar det som om det mer är personerna själva som står i fokus i förhållande till deltagande i vårdplanering än den roll som de innehar som undersköterska eller vårdbiträde. Här finns en tydlig skillnad mot de väl fungerande teamen. Ett antagande kan därför vara att undersköterskor och vårdbiträden i de ej fungerande teamen här söker

bekräftelse för sin egen person och betydelse, vilket inte de behöver i de väl fungerande teamen. Där är undersköterskan och vårdbiträdet redan en erkänd kompetens och ses som lika viktig som övriga professioner.

## **Kontaktmannaskap**

Kontaktmannaskapet och upplevelsen av hur det fungerar följer samma mönster som svaren på deltagande vid vårdplanering. Det är samma grupper som tycker att kontaktmannaskapet fungerar som de som ser sig delaktiga i vårdplaneringen. I de "väl fungerande teamen" verkar det också finnas en tydlig struktur för hur kontaktmannaskapet skall fungera. I de "ej fungerande teamen" upplever undersköterskor och vårdbiträden mer att kontaktmannaskapet är något för sin egen skull och inget som fungerar i verkligheten. Ju lägre poäng teamen har desto mer av ansvaret verkar ligga på undersköterskan/vårdbiträdet.

## **Ledarskapets magi**

Denna studie bekräftar åter igen ledarskapets betydelse för en fungerande verksamhet. Ledarskap handlar inte enbart om hur närmaste chef leder och stödjer sin personalgrupp utan vilket förhållningssätt som finns i hela organisationen. Det är svårt att bli bättre än sin närmaste chef. Som ledaren själv blir bemött högre upp i hierarkin blir lätt det bemötande som ges till den egna personalen. Utsätts personalen för ett auktoritärt förhållningssätt utan möjlighet till delaktighet och erkännande kommer detta förhållningssätt i många fall även att avspeglas i mötet med brukarna. Brister det i struktur och tydlighet i chefsleden finns en övervägande risk att dessa brister också finns med i arbetet hos och med brukaren. Ledaren måste vara medveten om sin egen makt, dess betydelse och hur den används. (Hallberg I, 1984; Hall J, 1988; Spjuth E, 2005)

Ett ledande förhållningssätt är ett synsätt som utgår från att mästerskapet finns i varje människa men kan vara förklätt till outtryckt kompetens ( Hall J, 1988). Att leda människor som i sin tur arbetar med människor förutsätter en medveten och väl genomreflekterad värdegrund. Hur en verksamhet fungerar faller alltid tillbaka på ledaren och hur denne ser på sina medarbetare som jämställda individer eller inte. Jay Hall skriver att



ledarskap handlar om att ta ansvar för kompetensprocessen och att sköta och vårda den på ett sådant sätt att den injiceras i våra organisationers blodomlopp. De som befinner sig i en auktoritetsposition måste ta ansvar för att skapa en struktur och ett förhållningssätt som förenar kompetensen. Ledningen måste genomgående ha en gemensam vilja och kunskap för att kunna leda verksamheten där personalens individuella kompetens förenas i en kollektiv kompetens.

På vilket sätt och med vilket innehåll varje direktiv och rutin sänds ut i verksamheten avslöjar om ledningen förutsätter underställda chefers och personalens inkompetens eller kompetens. I en vård- och omsorgsverksamhet kommer det att ställas särskilda krav på hur direktiv och rutiner tas fram och kommuniceras eftersom de ofta som grund har lagar och författningar. Den personal som berörs måste kunna förstå dem i ett sammanhang och inte enbart uppleva rutiner som styrmedel som utestänger egen kreativitet och engagemang.

Det finns och kommer alltid att finnas ledare som, trots att organisationen saknar eller har en otydlig värdegrund och strategi för ledarskap, har eget mod och kraft att leda sin verksamhet där kompetensen tillåts att flöda. Dessa ledare har sannolikt personliga ledaregenskaper där de utvecklats en förmåga till tillit. De skapar sammanhang där personalen trots rutiner och regler upplever att de kan påverka arbetets innehåll och kvalitet. Tillsammans med gruppen formas strukturer som underbygger trygghet och meningsfullhet. Chefen, arbetsledarens förhållningssätt och förmåga att skapa sammanhang och struktur är av stor betydelse för hur teamet kommer att fungera. Ledningens betydelse för hur teamet fungerar understryks av följande citat

”I en arbetsgrupp med en bra ledare som litar på sina medarbetare flyter jobbet bra. Vi blir kända som en självgående grupp utan klagomål och med ett bra bemötande. Så byter vi arbetsledning och förutsättningarna ändras. Samma människor tillhör vi nu en grupp där missar ofta inträffar och klagomål kommer som ett brev på posten. Helt plötsligt så är man skitgruppen och blir bemött därefter. Trots att alla kämpar som aldrig förr för att utföra ett bra arbete och mot alla som inte tror på arbetslaget. Inom gruppen mår man sämre och sämre. Det är min upplevelse”.

”Mina erfarenheter av byte av chefer har varit från att ha jobbat i en grupp där allting fungerade - det flöt på och vi hade det bra ihop. Så bytte vi chef och stämningen förändrades helt - vi hade inte ens tid till att sätta upp en tavla i personalrummet vilket aldrig skulle ha inträffat förut.”

Det som inte i alla sammanhang lyfts fram lika tydligt är att även legitimerad personal också blir ledare utifrån sin specifika kompetens.

Deras syn på medarbetarna och hur arbetsuppgifter kommuniceras kommer är också avgörande för hur teamet fungerar. Överlåts arbetsuppgifter till undersköterskor och vårdbiträden som ”ordergivande” utan sammanhang och dialog medverkar den legitimerade personalen till en känsla av hierarki och utanförskap. Det som inte alltid är så tydligt är den legitimerade personalens ansvar för ledning i förhållande till chefs ansvar för att organisera verksamheten.

Undersköterskor och vårdbiträden blir också i ett rehabiliterande sammanhang mer eller mindre i förhållande till brukaren något av en ledare som förutsätter brukarens egen kompetens – att vilja, att kunna, att förstå etc. Personalen stödjer brukaren på väg mot ett så bra liv som möjligt.

En väl fungerande rehabilitering som verksamhetsidé förutsätter ett bra ledarskap. I både det rehabiliterande arbetet och i utövande av ledarskap sker utveckling i mötet med andra människor. I båda sammanhangen finns inbyggda strukturer som lätt och utan reflektion kan ge upphov till hierarkiska mönster både för brukare och för personal. Rehabilitering bör för att bli bra utföras med ett rehabiliterande och ledande förhållningssätt. Definitioner, förhållningssätt och värdegrund för rehabilitering och ledarskap har fler likheter än olikheter. I bilaga 2 exemplifieras likheter i definitioner och tolkning av begrepp.

En värdegrund för rehabilitering och ledarskap ska fokusera på den enskilda människans förmågor. Den skall också visa på hur dessa förmågor förvaltas så att både den enskilde individen uppnår tillfredsställelse och omgivningen/organisationen tryggas och utvecklas. För att värdegrunden skall bli en verklighet i organisationen måste de mer övergripande formuleringarna kommuniceras och brytas ner till vad de betyder och ska betyda i verksamheten. Inom varje arbetsenhet bör det därför finnas tillfällen med återkommande etiska reflektioner där egenskaper och kännetecken för verksamheten formuleras och vad de skall innebära ur brukarens perspektiv (Elisabet Spjut, 2005). På samma sätt måste en värdegrund för ledarskap vara föremål för ständig dialog och reflektion bland chefer och ledare. Värdegrunden är att se som en lika viktig del i verksamhetens etiska plattform som de etiska principer som ingår i riksdagens beslut om prioriteringar (SOU 2001:8). Värdegrunden får aldrig ses som slutförd gällande formuleringar eller kommunikation. Det är då den blir ”dammsamlare” utan innehåll och verklighet.

Likheter mellan rehabilitering och ledarskap finns också i överförbarheten när det gäller arbetsmetoder. Ex kan den rehabplan som används i verksamheten mycket väl med mindre ändringar användas i de utvecklingssamtal som chefen håller med sin personal.

Genomförd studie visar att vardagsrehabilitering som begrepp och verklighet finns och fungerar till stora delar i Östersunds kommun. I flera grupper framkommer också att satsningen på rehabilitering åter satt fokus på något som tidigare i verksamheten var mer tydligt – att stödja brukaren till egen aktivitet. Det rehabiliterande arbetet har legaliserats. Den specifika kompetensen arbetsterapeut och sjukgymnast är den motor ”de förare” (tidigare citat) som stödjer och utvecklar förhållningssättet. Studien visar också mycket tydligt på att ett väl fungerande ledarskap är en grundförutsättning för att det rehabiliterande arbetet och alla dess ingående delar överhuvudtaget skall fungera.



# Referenslista

Gustafsson, R Szebehely, M *Arbetsvillkor och välfärdsopinion inom äldreomsorgen*, Arbetslivsrapport Nr 2001:9

Hall, J (1988) Kompetens i organisationen, Studentlitteratur

Hallberg, I (1984) Arbetsledare i vårdarbete, Esselte Studium

Kungl. Socialstyrelsen, 1952 Råd och anvisningar Nr 70, januari 1952

Månsson M, (1999) Modell för genomförande av rehabsatsning år 2000 i Östersunds kommun. Östersunds kommun

Sjöstrand, I Westlund, P Modeller för rehabplanering Fokus-Rapport 2004:3

Socialstyrelsen, 1965 Råd och anvisningar Nr 175, januari 1965

Socialstyrelsen, 1979, Social hemhjälp inför 1980-talet.

SOU 2001:8, Prioriteringar i vården

Spjuth, E (2005) Närvarande ledare, Fortbildningsförlaget

Svenska Kommunförbundet, 1972, Kommunala insatser för pensionärer under 1970-talet.

Svenska Kommunförbundet, 1975, Serviceboende för äldre.

Szebehely, M (1995) Vardagens organisering Arkiv bokförlag, Lund

Zingmark, M (2006) Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering

Äldre i centrum, 2002 Nr 2, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Äldreuppdraget 2000:8, Rehabilitering och hjälpmedel i kommunal äldreomsorg, Socialstyrelsen

## Äldes rehabilitering i särskilt boende, Socialstyrelsen 2003

## Bedömningskriterier för hur teamen fungerar

<b>Bedömning av</b>	JA =1 poäng / NEJ = 0 poäng
<b>Arbetsledning</b>	
Arbetsledningen har en närhet till gruppen – ex. lätt att kontakta, upplevelse av att ej stå ensam med förekommande problem	
Arbetsledningen leder arbetet och skapar tydlighet – förekomst av riktlinjer/rutiner, gruppen vet vad som gäller och/eller var man ska ta reda på sådant man undrar över	
Arbetsledningen stödjer, uppmuntrar och bekräftar	
<b>Gruppens upplevelse av delaktighet</b>	
Gruppen upplever att teamets medlemmar lyssnar till deras synpunkter och tyckanden	
Gruppen känner sig bekräftad i sin yrkesroll – respons ges på utfört arbete, vilket också ses som värdefullt	
Alla teammedlemmar är lika värda - ingen upplevelse av hierarki där gruppen anser sig styrda utan delaktighet och dialog i ett sammanhang	
<b>Samarbete med arbetsterapeut och sjukgymnast</b>	
Kontaktar arbetsterapeut och sjukgymnast när behov uppstår	
Åtgärd utförs inom rimlig tid genom bedömning och efterföljande åtgärd, rådgivning, utbildning/handledning	
Det finns en känsla av samarbete – att arbeta tillsammans	
<b>Rehabiliterande förhållningssätt</b>	
Anser gruppen att de arbetar med rehabilitering	
Anser gruppen att de arbetar med vardagsrehabilitering	
Kan de ge tydliga exempel på hur de arbetar rehabiliterande för att utveckla/bibehålla funktions- aktivitetsförmåga eller fördröja försämring hos brukaren	
<b>Mål</b>	
Kan gruppen uppge var målen för brukaren finns nerskrivna	
Finns målen i de dokument som av arbetsgivaren anges som de dokument där målen skall skrivas för att ge vägledning i det dagliga arbetet ( <i>Min Hälsomapp</i> – med ingående dokument arbetsplan, Min Planering, ordinationer från legitimerad personal)	
Kan gruppen ge exempel på förekommande mål	

<b>Bedömning av</b>	JA =1 poäng / NEJ = 0 poäng
<b>Mötesstruktur</b>	
Det finns mötesstruktur med kontinuerliga träffar	
Förekommande möten har ett tydligt syfte – är mötet för personalfrågor, för att diskutera brukarnas behov och planering, kortare/längre möten för råd och stöd i det dagliga arbetet etc.	
<b>SUMMA JA = SUMMA POÄNG</b>	
<b>Vårdplanering</b> – med vårdplanering avses att ansvariga enligt SoL och HSL för brukarens vård och omsorg möts och tillsammans med brukaren, samordnar planeringen av dennes fortsatta vård, omsorg och rehabilitering. anhöriga/närstående skall efter samtycke från den enskilde brukaren ges möjlighet att kunna delta vid vårdplanering. Kontaktman bör vara utsedd att kunna delta Denna vårdplanering sker i brukaren boende. Samordnad vårdplanering är den som sker vid utskrivning från länssjukvården.	
Deltar aldrig vid vårdplanering	Ja=1
Deltar sporadiskt vid vårdplanering	Ja=2
Gruppens kompetens är självklar att delta med utgångspunkt av brukarens behov.	Ja=3
<b>Kontaktmannaskap</b>	
Kontaktman utses sporadiskt och ligger helt på gruppen	Ja=1
Kontaktman utses mer organiserat men något osäkert hur det fungerar – träffar sällan brukaren, oklarheter över rollen	Ja=2
Kontaktman utses organiserat efter känd och förankrad arbetsform	Ja=3
<b>Tid</b>	
Tid är en ständig bristvara - när det gäller tid för brukarna, för sin egen yrkesutveckling, i kontakt med teamkollegor etc.	Ja=1
Tid saknas ibland – vid sjukdom ökad press, i vissa situationer som uppstår	Ja=2
Brist på tid nämns inte alls	Ja=3
<b>SUMMA TOTAL</b>	



## REHABILITERING / LEDARSKAP

### REHABILITERING

*Med rehabilitering avses tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, omvårdande, psykologiska, andliga, pedagogiska, sociala, kulturella och tekniska insatser kombineras efter den enskildes behov, förutsättningar och intressen.*

### **Inom en vård- och omsorgsverksamhet skulle motsvarande begreppsförklaring på ledarskap kunna vara.....**

Ledarskap utövas genom att skapa sammanhang där människors kompetens kan komma till uttryck och där engagemang och kreativitet tillåts blomma. Det handlar om att samordna och tillvarata människors intressen och kunskap inom medicinska, omvårdande, psykologiska, andliga, pedagogiska, sociala, kulturella och tekniska områden och samordna dessa efter rådande uppdrag och verksamhetens behov.

Det handlar om att skapa sammanhang där professioner och människors kunskap och kompetens blir delar i en helhet ur brukarens och organisationens perspektiv.

## REHABILITERANDE / LEDANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT

### **Ett REHABILITERANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT innebär att**

- *Utgångspunkten skall vara att ha en stödjande och inte hjälpande inriktning*
- *Att väcka individens intresse för sina egna resurser och möjligheter*
- *Att uppmuntra till egen problemlösning och eget handlande*

### **Ett LEDANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT skulle kunna uttryckas som att.....**

- *Utgångspunkten skall vara att ha en stödjande och inte styrande inriktning*
- *Att väcka medarbetarnas intresse för sina egna resurser och möjligheter*
- *Att uppmuntra medarbetarna till egen problemlösning och eget handlande*

En plan för rehabilitering och den plan som används i chefens utvecklingssamtal med sina underställda kan mycket väl ha en likartad struktur och innehåll. Utgångspunkten bör i båda fallen vara individens resurser och förmåga, fokus på utvecklingsmöjligheter, mål och behov av stödåtgärder samt en tydlighet avseende uppföljning.

## **VÄRDEGRUND FÖR REHABILITERING OCH LEDARSKAP**

Innebörden i den humanistiska människosynen, alla människors lika värde och de grundläggande principerna om självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet är ingående grundstenar i en värdegrund för vård- och omsorgsarbete. Samma principer bör också finnas med i den värdegrund som finns för ett gott ledarskap.

### **GEMENSAM VÄRDEGRUND FÖR REHABILITERING**

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

### **En värdegrund på vilket ledarskapet skulle kunna vila.....**

Ett gott ledarskap förutsätter en tro på att mästerskapet finns i varje människa. För att människans individuella kompetens skall utvecklas till en kollektiv kompetens krävs ett ledarskap som utövas med tillit, understödjer delaktighet och verkar för en miljö där personalen genom bekräftelse kan uppnå självrespekt.



FoU-Jämt är kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län

Information om FoU-Jämt finns på hemsidan  
[fou.jamtland.net](http://fou.jamtland.net)

Rapporter ur FoU-Jämts rapportserie kan beställas via post eller e-post

ISSN 1651-7253

---

FoU-Jämt · Mittuniversitet · 831 25 Östersund  
[foujamt@miun.se](mailto:foujamt@miun.se)