

Förord

I Östersunds kommun påbörjades år 2000 en satsning på hemrehabilitering. För att nå målen med satsningen var, och är, utvecklandet av ett rehabiliterande arbetssätt en viktig faktor. Ett rehabiliterande arbetssätt skiljer sig från ett mer ”traditionellt” arbetssätt bl.a. genom att i högre utsträckning ta tillvara individens egna resurser, initiativ och ansvar för sin rehabilitering. För att vårdpersonal på ett bra sätt ska kunna utveckla ett sådant arbetssätt krävs handledning från arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Denna form av handledning är i Sverige förhållandevis lite dokumenterad och utvärderad.

Magnus Zingmark, arbetsterapeut i Östersunds kommun, fick i juni 2004 FoU-medel för att genomföra ett arbete om ”Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering”. Detta arbete rapporteras i föreliggande rapport. För att genomföra undersökningen har författaren översatt och använt ett internationellt använt enkätinstrument till vårdpersonal och genomfört fokusgruppsintervjuer med arbetsterapeuter, sjukgymnaster och biträdande enhetschefer. Förutom koppling till en teoretisk modell för handledning och intressanta resultat innehåller rapporten också en viktig diskussion kring arbetsterapeuters och sjukgymnasters roller och ansvar som handledare samt rekommendationer för fortsatt utveckling av handledning inom hemrehabilitering som är användbara för Östersunds kommun såväl som för andra kommuner.

Bengt Åkerström
Forskningsledare och redaktör

Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering

Magnus Zingmark, arbetsterapeut
Hemtjänst/omsorg Lit, Östersunds kommun

Abstrakt

I den satsning på hemrehabilitering som påbörjades i Östersunds kommun 2000 beskrivs utvecklandet av ett rehabiliterande arbetssätt vara en viktig del för att nå målen med satsningen.Handledning genom arbetsterapeuter och sjukgymnaster anses vara en viktig metod för att stödja vårdpersonalen i denna utveckling. Bakgrunden för denna studie är de potentiellt positiva effekter av handledning som beskrivs i litteraturen i kontrast till den oklarhet som finns över handledningens syfte och avsaknaden av utvärdering av handledning. Eftersom handledning anses vara en central arbetsuppgift för att nå målen med hemrehabilitering i Östersunds kommun är det viktigt att följa upp denna del av verksamheten.

Studiens syfte är att beskriva hur handledning inom hemrehabilitering fungerar i Östersunds kommun utifrån upplevelserna hos vårdpersonal, biträdande enhetschefer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Valet av metod grundar sig på fynd i litteraturen om utvärdering av handledning. Två olika metoder har valts; en enkät till vårdpersonal med instrumentet Manchester clinical supervision scale, MCSS (bilaga 4) och fokusgruppintervjuer med arbetsterapeuter, sjukgymnaster och biträdande enhetschefer.

Resultatet av enkätstudien visar att handledningen upplevs mer positiv när man har tät kontakt med sin handledare. I jämförelser mellan Carema och Östersunds kommun visar det sig att personal inom Carema upplever ett bättre stöd från sin handledare samt att det är lättare att finna tid för handledning än personal inom Östersunds kommun.

Biträdande enhetschefer ser förbättringar över tiden sedan satsningen inleddes men efterlyser att arbetsterapeuter och sjukgymnaster tar ett ökat ansvar och "rehabiliterande ledarskap" utifrån sin roll i teamet. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster beskriver svårigheter att nå fram till all personal med handledning samt att det kan vara en svår balansgång

mellan brukarens rehabiliteringsbehov och personalens fysiska och psykiska arbetsmiljö.

Utifrån resultatet och tidigare forskning ges rekommendationer för den fortsatta utvecklingen av handledning inom hemrehabilitering.

Innehåll

INLEDNING	9
BAKGRUND	9
HANDLEDNING	10
SYFTE	12
METOD	13
ENKÄTSTUDIEN	13
<i>Urval och undersökningsgrupp</i>	13
<i>Instrument</i>	13
<i>Databehandling</i>	14
FOKUSGRUPPINTERVJUER	15
<i>Undersökningsgrupp</i>	15
<i>Urval</i>	16
<i>Material</i>	16
<i>Procedur</i>	16
RESULTAT	17
ENKÄTSTUDIEN	17
<i>Kontakt med handledaren</i>	18
<i>Handledningstillfällets längd</i>	20
<i>Arbetsgivare</i>	20
<i>Diskussion enkätstudien</i>	21
FOKUSGRUPPINTERVJUER MED ARBETSTERAPEUTER OCH SJUKGYMNAS- TER	23
<i>Rollen som handledare</i>	24
<i>Utbilda personal</i>	24
<i>Att leda handledningsarbetet</i>	25
<i>Att finna tid</i>	26
<i>Att skapa forum</i>	27
<i>Handledningsallians</i>	28
<i>Handledarutbildning</i>	30
<i>Vad är kompetens i vardagsrehabilitering?</i>	31
<i>Kunskaper</i>	31
<i>Diskussion arbetsterapeuter och sjukgymnaster</i>	34
FOKUSGRUPPINTERVJU MED BITRÄDANDE ENHETSCHEFER	37
<i>Relationer</i>	37
<i>Tillgänglighet</i>	38
<i>Att mötas och kommunicera</i>	39
<i>Efterfrågan på utbildning och handledning</i>	40
<i>Att leda rehabiliteringsarbetet</i>	40
<i>Chefens roll</i>	42
<i>Att överlåta arbetsuppgifter</i>	42
<i>Att ta på sig nya arbetsuppgifter</i>	43
<i>Diskussion biträdande enhetschefer</i>	44
GENERELL DISKUSSION	47
REFLEKTION ÖVER METOD	53

AVSLUTNING	54
REFERENSER	57

BILAGA 1 Rehabiliterande förhållningssätt

BILAGA 2 Gemensam värdegrund

BILAGA 3 Riktlinjer och prioriteringsordning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom kommunens hemteam

BILAGA 4 Manchester clinical supervision scale

BILAGA 5 Frågeställningar för fokusgruppintervju med AT/SG

BILAGA 6 Frågeställningar för fokusgruppintervju med biträdande enhetschefer 050510

Inledning

Bakgrund

År 2000 påbörjades ett omfattande utvecklingsarbete med fokus på hemrehabilitering i Östersunds kommun. Den satsning på hemrehabilitering som då genomfördes med utökade arbetsterapeut- och sjukgymnasttjänster är numera en ordinarie del i kommunens vård- och omsorgsverksamhet. Målsättningarna med satsningen är på brukarnivå en höjd livskvalité, på organisationsnivå en bättre samverkan mellan myndigheter och en effektivare rehabilitering samt på kommunnivå lägre kostnader för hemtjänst.

I "Modell för genomförande av rehabsatsning år 2000 i Östersunds kommun"(Månsson, 1999) beskrivs vad som anses vara en viktig länk i utvecklingen av hemrehabilitering;

"Vårdpersonalens kunskap och kompetens inom rehabområdet är och kommer att vara avgörande för den enskilde".

För de som är i behov av stöd från hemtjänst är det vårdpersonal¹ som möter brukare och anhöriga i deras vardag och står för kontinuitet i den hjälp och stöttning som är nödvändig. En av grundtankarna i utvecklingsarbetet är att de insatser som ges av vårdpersonal ska ges utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt samt utifrån en gemensam värdegrund (Bilaga 1 och 2 definitionerna av förhållningssätt och värdegrund). Arbetsterapeuters och sjukgymnasters arbetsuppgifter har tydliggjorts och följer numera en prioriteringsordning där utbildning och handledning av vårdpersonal prioriteras som en viktig metod för att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt inom organisationen (Bilaga 3, uppdragsbeskrivning och prioordning)

¹ vårdbiträden och undersköterskor

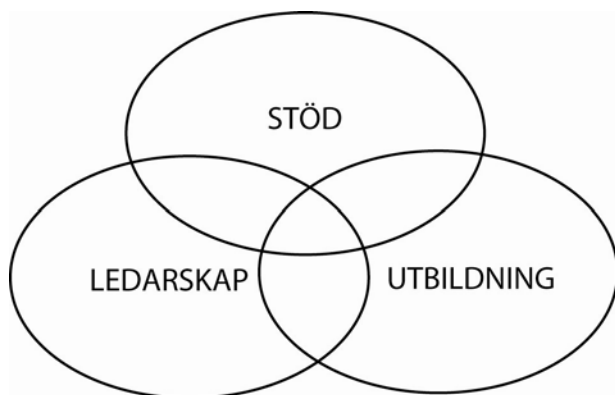
Handledning

I litteratur om handledning är den generella uppfattningen att handledning har positiva effekter (Winstanley, 2003, Ham & Fenech, 2002, Hunter & Blair, 1999, Jones 1998, Butterwoth & Faugier, 1997, Mosey 1986). Dessa goda effekter återfinns på organisationsnivå, professionell nivå och individnivå (Hunter & Blair, 1999). På organisationsnivån är handledning ett verktyg för att erbjuda stöd och kompetensutveckling till personal. Det är även ett sätt att följa upp och granska att det arbete som utförs är av god kvalitet och följer de övergripande målsättningar som finns för verksamheten. För den som handleds, på professionell nivå, kan handledning erbjuda utrymme till reflektion över sitt arbete, stöd att kunna se en situation ur olika perspektiv och stöd att koppla samman sina teoretiska kunskaper med konkreta situationer i det praktiska arbetet. På individnivå skall handledning säkerställa att brukaren får insatser av hög kvalitet.

Många författare har definierat handledning och det varierar vad som betonas i olika definitioner. Som begrepp kan handledning syfta på allt mellan konkreta handlingar kring hur ett hantverk ska utföras till psykoterapi där fokus ligger mer på tankar och känslor. Det är därför viktigt att inom en verksamhet klargöra vad man menar med handledning. Pettersson och Vahlne(1997) har definierat handledning så här;

” – att de handledda skall nå en yrkesmässig växt och identitet för att i sin tur säkra vårdkvalitén för brukaren. Ett givet syfte är också att stärka samarbetet i personalgruppen (vid grupphandledning). Kompetenskänsla är en byggsten när det gäller yrkesidentitet. Medvetenhet är en annan, att i handledning bli medveten om vad som gör att man handlar på ett visst sätt och vad som ligger till grund för det. En ökad medvetenhet väcker lust att reflektera vidare och genom reflektionen sker den yrkesmässiga växten.”

Det finns även olika teoretiska modeller som beskriver olika funktioner i handledning och vilka egenskaper som är viktiga hos handledaren. I denna studie kommer teoretiska kopplingar att göras till ”Supervision aliance model” vanligen omnämnd som Proctor´s handledningsmodell (Proctor, 2001).



Figur 1.Handledningens tre funktioner enligt Proctor

I en studie från socialstyrelsen (2003) framkommer att arbetsterapeuter anser att rehabiliteringsresurserna kan utnyttjas bättre om vårdpersonalen erbjuds handledning i ett rehabiliterande förhållningssätt. Enligt arbetsterapeuter och sjukgymnaster är handledning och utbildning av vårdpersonal en förutsättning för att nå ut med rehabilitering till äldre människor. Trots att handledning betraktas som en viktig uppgift som bör utvecklas, ägnas liten del av arbetstiden åt detta. Många arbetsterapeuter beskriver att det enda som efterfrågas av dem är hjälpmedel, och att stor del av deras kompetens därför inte kommer till nytta fullt ut. Såväl arbetsterapeuter som sjukgymnaster upplever ett utanförskap i förhållande till den kommunala äldreomsorgen vilket medför att det är svårt att få stöd för ett rehabiliterande arbetssätt.

Lauvås och Handal (1993) pekar på oklarheter kring hur handledning används, de beskriver att handledning har blivit ett modeord som något som i stort sett alla som arbetar med människor bör erbjudas. *Vad* handledning skall leda till verkar däremot ofta vara otydligt, liksom vilken kompetens handledaren bör ha. En vanlig uppfattning är att om handledaren kan sitt ämne så kan denne också handleda, ett resonemang som inte delas av författarna. Strävan att uppnå en god handledning ställer andra krav på handledaren (Peterson & Vahlne, 1997). Utöver goda kunskaper inom det område inom vilket handledningen ska ske behöver handledare även förståelse för och kunskaper i handledningsprocessen. Handledarens arbete bör kännetecknas av medvetenhet i såväl tanke som handling.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster har inom sin grundutbildning ingen utbildning i handledningsmetodik. Trots detta förväntas arbetsterapeuter

och sjukgymnaster handleda vårdpersonal. En vanlig påbyggnadsutbildning för dessa yrkesgrupper är någon form av 5 poängs handledarutbildning.

Bakgrund för denna studie är de potentiellt positiva effekter av handledning som beskrivs i litteraturen i kontrast till den oklarhet som finns över handledningens syfte och avsaknaden av utvärdering av handledning. Eftersom handledning anses vara en central arbetsuppgift för att nå målen med hemrehabilitering i Östersunds kommun är det viktigt att följa upp denna del av verksamheten. Målsättningen är att denna utvärdering ska ge en nulägesbild av hur handledning fungerar i Östersunds kommun och beskriva eventuella förbättringsområden avseende handledning.

Syfte

Studiens syfte är att beskriva hur handledning inom hemrehabilitering fungerar i Östersunds kommun utifrån upplevelserna hos vårdpersonal, biträdande enhetschefer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Metod

Valet av metod grundar sig på fynd i litteraturen om utvärdering av handledning. Två olika metoder har valts; En enkät till vårdpersonal² med instrumentet Manchester clinical supervision scale, MCSS (bilaga 4) och fokusgruppintervjuer med arbetsterapeuter, sjukgymnaster och biträdande enhetschefer. I direkt anslutning de olika resultaten diskuteras dessa. Rapporten avslutas med en generell diskussion där resultatet i sin helhet diskuteras och sammankopplas med tidigare forskning på området.

Enkätstudien

Urval och undersökningsgrupp

Från en förteckning över hemtjänstområden i Östersunds kommun inklusive Carema och Riksbyggen gjordes ett slumpmässigt urval 041119 där 10 av 20 hemtjänstgrupper valdes ut. Av dessa grupper var åtta grupper kommunala och två var privata. I samband med personalmöten gavs en kort information om studiens syfte och enkäter lämnades ut till vårdbiträden och undersköterskor i respektive grupp av undersökaren. Tid för att besvara enkäten var 15-20 minuter och lämnades direkt in till undersökaren, som närvarade för att kunna svara på eventuella frågor. Frivillighet och anonymitet betonades inför varje enkätutlämning. Samtliga utlämnade enkäter utom en lämnades in.

Medelåldern i undersökningsgruppen är 41 år med en spridning mellan 21-60 år. 96 % var kvinnor och 4 % män, 78 % var undersköterskor, 22 % vårdbiträden, 87 % arbetar inom Östersunds kommun, 13 % inom Carema. Samtliga utlämnade enkäter har lämnats in, det bortfall som förekommer gäller enskilda frågor.

Instrument

MCSS är ett internationellt validerat instrument för utvärdering av handledning (Winstanley, 2003, bilaga nr 4). Det är mottagare av

² Med vårdpersonal avses undersköterskor och vårdbiträden.

handledning, i denna studie vårdpersonal, som besvarar 36 påståenden som presenteras i instrumentet. Instrumentet har översatts av författaren och granskats av en översättare. Vid en pilotstudie upplevdes frågorna lätta att svara på och inga korrigeringar av instrumentet behövde göras.

MCSS mäter sju aspekter av handledningsprocessen och delas in enligt följande; Förtroende, Stöd från handledaren, Förbättrad vård, Betydelsen av handledning, Finna tid, Personliga frågor, Reflektion. De sju aspekterna består av 3-7 påståenden som sammantaget utgör de 36 påståendena.

I presentationen av resultatet används följande förkortningar av de sju faktorerna samt den totala summan.

- f1 Förtroende
- f2 Råd och stöd från handledare
- f3 Förbättrad vård/kompetens
- f4 Handledningens värde
- f5 Finna tid
- f6 Personliga frågor
- f7 Reflektion
- ftot Total poängsumma

För samtliga faktorer och den totala poängsumman är högre poäng liktydigt med en mer effektiv handledning.

Databehandling

I inledningen av enkätstudien lämnades 25 enkäter ut där ett påstående(29) hade översatts på ett sätt som senare korrigerades. Påstående 29 ingår i faktor 1 och även i ftot varför beräkningarna på dessa baseras på en lägre population. För f1 och ftot har de korrigerade enkäterna använts, n=57, och för f2-f7 har samtliga enkäter använts, n=82, eftersom dessa ej påverkas av det fel som förekom i påstående 29.

I manualen till MCSS rekommenderas en minsta gruppstorlek på 50 personer för att jämförelser mellan grupper ska kunna göras. Avseende f1 och ftot baseras dessa jämförelser på 57 personer men på grund av bortfall är gruppen i vissa jämförelser något färre än 50 personer. När antalet ligger under men nära 50 redovisas resultatet ändå vilket innebär att resultatet får tolkas med viss försiktighet. För övriga faktorer baseras jämförelserna på den totala populationen, n=82.

Resultatet från enkäten har analyserats med icke-parametrisk statistik. För jämförelser mellan två grupper har Mann Whitney U test använts och för jämförelser mellan fler än två grupper användes Kruskal Wallis envägsanalys av varians. Resultatet presenteras dels som beskrivande statistik dels som jämförande statistik.

Fokusgruppintervjuer

Fokusgruppintervjuerna har planerats, genomförts och analyserats med utgångspunkt från Kreuger(1994). Intervjuerna med arbetsterapeuter och sjukgymnaster presenterades under rubriken ”*Upplevelsen av handledarrollen*”. Chefsintervjun presenterades under rubriken ”*Biträdande enhetschefens roll i handledning*”.

Undersökningsgrupp

Studien beskriver hemrehabilitering i kommunal vård och omsorg, där de arbetsterapeuter och sjukgymnaster som agerar handledare är anställda inom kommunen. Hösten 2005 drivs hemtjänsten i Östersunds kommun av interna utförare (12 hemteam) samt de privata företagen Carema (4 hemteam) och Riksbyggen (1 hemteam). Totalt arbetar 22 arbetsterapeuter och 20 sjukgymnaster inom hemtjänsten. Dessa 42 personer arbetar med hemrehabilitering i såväl ordinärt som särskilt boende.

Den vanligaste förekommande handledarutbildningen är 5-poäng på A-nivå, ett fåtal av arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna har 10-poäng i handledningsmetodik.

Tabell 1. Förekomst av handledarutbildning.

	Handledar- utbildning	Ingen handledar- utbildning	Totalt (bortfall)
Arbetsterapeuter	10	10	20(2)
Sjukgymnaster	8	10	18(2)
Totalt	18	20	38(4)

*Baserat på arbetsterapeuter och sjukgymnaster i hemteamen, dvs. inte Sollidens sjukhem, korttidsboendet eller vuxenteamet/LSS.

Urval

Ett slumpmässigt urval till intervjuerna gjordes utifrån en lista över arbetsterapeuter och sjukgymnaster 041109, samt biträdande enhetschefer 050117. Till samtliga intervjuer inbjöds åtta deltagare. Bortfallet vid respektive intervjutillfälle var tre arbetsterapeuter, två sjukgymnaster och fyra biträdande enhetschefer

Material

Inför fokusgruppintervjuerna togs frågeguider fram med bakgrund i viktiga fynd i litteraturen (bilagor 5 och 6).

Procedur

Intervjuerna genomfördes av undersökaren tillsammans med en medhjälpare. Intervjun dokumenterades av medhjälparen samt genom ljudupptagning på band. Denna dokumentation sammanställdes till ett referat från intervjun. Detta skickades ut till intervjudeltagarna som under två veckor fick möjlighet att lämna synpunkter på innehållet och även göra kompletteringar. Referatet analyserades genom att materialet lästes igenom ett flertal gånger varvid ett antal teman blev tydliga. Ytterligare genomlysning av ljudupptagningarna gjordes och ett antal citat valdes ut. Dessa teman utgör tillsammans med citaten resultatet.

Resultat

Enkätstudien

Redovisningen av resultatet från enkätstudien med MCSS redovisas dels i form av text dels i form av stapeldiagram. I diagrammen utgör staplarna de grupper mellan vilka jämförelserna gjorts, på den vertikala axeln syns medelpoängen.

Frågan ”Hur länge har du fått handledning?” hade ett stort bortfall varför några jämförelser ej kan göras.

På frågan ”Har du själv valt din handledare?” svarade 90 % nej, bortfallet var 10 %.

88 % fick handledning av både arbetsterapeut och sjukgymnast, 5 % endast av sjukgymnast, bortfall 7 %.

Vid jämförelse mellan grupper har inga signifikanta skillnader avseende någon faktor eller den totala poängsumman upptäckts mellan undersköterskor och vårdbiträden, om man brukar handleda andra, var handledningen sker, hur länge man har arbetat eller om handledningen sker i grupp eller individuellt.

Tabell 2. Var får du handledning? n=72

	Frekvens	Procent
I brukarens hem	27	38
På annan plats	5	7
Båda alternativen aktuella	40	55

Tabell 3. Hur länge har du arbetat på ditt nuvarande arbete? n=76

	Frekvens	Procent
< 1 år	3	4
1-2 år	10	13
3-5 år	17	22
>5 år	46	61

Tabell 4. Sker handledningen i grupp eller enskilt? n=73

	Frekvens	Procent
Enskilt	4	5
I grupp	13	18
Båda alternativen aktuella	56	77

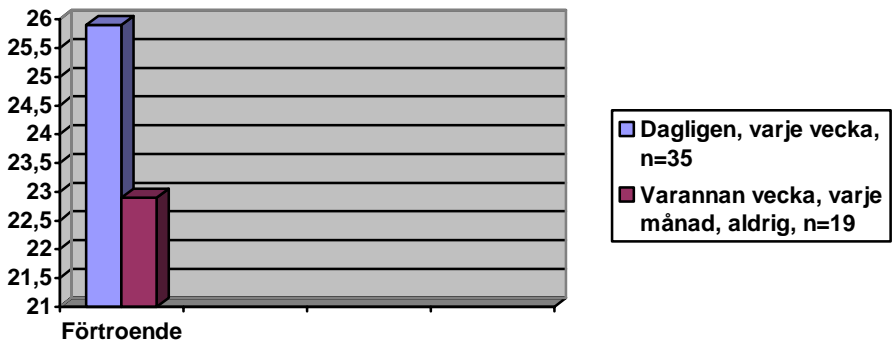
På frågan "Hur ofta får du handledning?" svarade 33 % "annat" vilket är svårt att tolka vad som verkligen avses. Frågan hade även ett bortfall på 26 %. Av dessa anledningar gjordes inga statistiska beräkningar utifrån denna fråga. Den närbesläktade frågan "Hur ofta har du kontakt med din handledare i ditt arbete?" hade en 93 % svarsfrekvens. Svarsalternativen på denna fråga har dikotomiserats så att jämförelser gjorts mellan de som får handledning dagligen eller varje vecka (61 %) och de som får handledning varannan vecka, varje månad eller aldrig (32 %).

Kontakt med handledaren

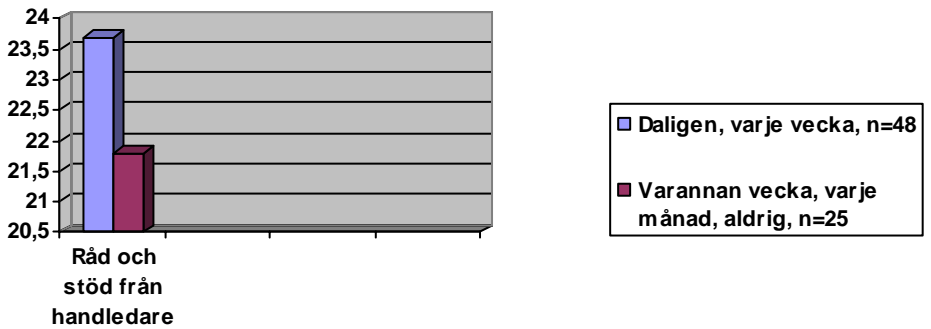
Tabell 5. Hur ofta har du kontakt med din handledare i ditt arbete? n=76

	Frekvens	Procent
Dagligen	7	9
Varje vecka	43	57
Varannan vecka	10	13
Varje månad	14	18
Aldrig	2	3

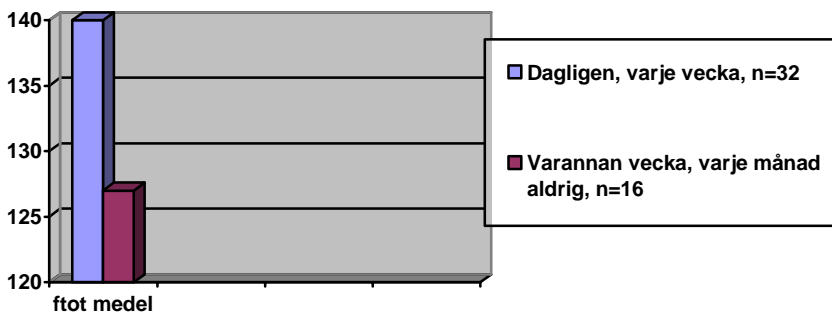
Hur ofta man träffar sin handledare har signifikant betydelse för hur man upplever förtroende (0,014), stöd från handledaren (0,028) samt den totala poängen (0,024). För övriga faktorer, f3-f7, fanns inga signifikanta skillnader men en genomgående högre medelpoäng för de som träffar sin handledare ofta. Av de personer som angett daglig kontakt med handledaren jobbar samtliga inom Carema.



Figur 2. Samband mellan faktor 1 och hur ofta man har kontakt med sin handledare.



Figur 3. Samband mellan faktor 2 och hur ofta man träffar sin handledare.



Figur 4. Samband mellan totala poängsumman och hur ofta man träffar sin handledare.

Handledningstillfällets längd

För längden på handledningstillfällena har jämförelser gjorts utifrån de i enkäten angivna tidsintervallen. Den enda faktor som handledningsträffens längd har en signifikant betydelse för är f6, personliga frågor (0,000). Jämförelser har även gjorts genom dikotomisering där <30 minuter har jämförts med >30 minuter. Denna indelning visade inte på några signifikanta skillnader. Svartalernativet >60 minuter har en högre medelpoäng för samtliga faktorer och för ftot. Skillnaden är dock ej signifikant och det är endast 3 personer som svarat på frågan vilket gör det svårt att tolka detta som en tendens.

Tabell 6. Hur lång tid är vanligtvis ett handledningstillfälle? n=66

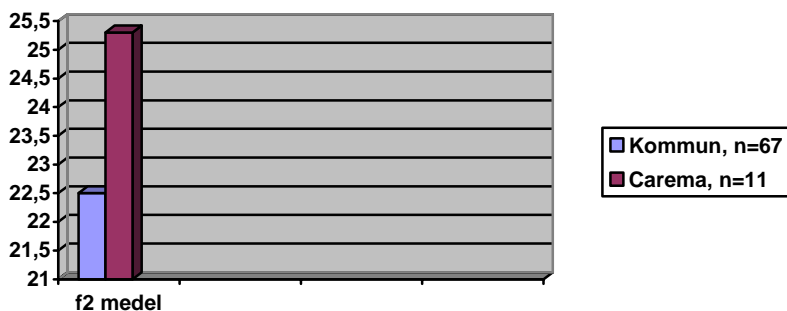
	Frekvens	Procent
< 15 minuter	7	11
15-30 minuter	25	38
31-45 minuter	22	33
46-60 minuter	9	14
> 60 minuter	3	4



Figur 5. Samband mellan faktor 6 och längden på handledningstillfällena

Arbetsgivare

Vid jämförelser mellan Östersunds kommun och Carema finns en signifikant skillnad avseende stöd från handledare (0,010) och att finna tid (0,001). För samtliga faktorer och ftot är poängsumman högre för Carema jämfört med Östersunds kommun, skillnaden är dock ej signifikant.



Figur 6. Råd och stöd från handledare



Figur 7. Att finna tid

Som tidigare nämnts har 7 av de tillfrågade inom Carema angett att de träffar sin handledare dagligen.

Diskussion enkätstudien

Inte någon av de tillfrågade har angett att de har valt sin handledare. Det var heller inte väntat men frågan finns med i den ursprungliga versionen av MCSS, varför den även finns med i denna version. Tidigare studier (Winstanley, 2003) har visat att förtroendet för handledaren har varit större för de personer som haft möjligheten att välja sin handledare jämfört med dem som tilldelats en handledare. Detta kan tolkas så att det är lättare att samarbeta med och vilja lära sig av någon som man själv har valt och att detta är viktigt för vilket engagemang de handledda känner inför handledning.

Var handledningen sker visade sig inte ha någon signifikant betydelse i någon jämförelse. Detta står i kontrast till tidigare studier (Winstanley,

2003) där resultaten var tydliga för att det är bättre när handledningen sker skiljt från den faktiska arbetsplatsen. Att handledning bör ske i en miljö som är lugn och saknar störningar är välbeskrivet i handledningslitteraturen och är sannolikt en förutsättning för att kunna skapa en mer reflekterande handledning än den handledning som annars tenderar att kretsa kring lösandet av ofta akuta problem. En majoritet av de tillfrågade, 62 % anger att de får handledning på annan plats, men det är 38 % som anger att de endast får handledning i brukarens hem. Det leder till frågan var dessa personer får utrymme till att reflektera över sitt arbete och prata av sig om sina upplevelser i en lugn och ostörd miljö. Handledningens grundläggande idé är att det är genom reflektionen som lärandet sker (Pettersson, Vahlne, 1997). Att denna reflektion är återkommande och pågår under lång tid är en förutsättning för att de nya kunskaper man får ska kunna omsättas i det praktiska arbetet (Melin Emilsson, 2004). Det kan således vara en omständighet att uppmärksamma för de chefer, den personal och de handledare som vet att handledning enbart sker i brukarens hem. Det är med stor sannolikhet avgörande för den långsiktiga handledningen att det finns forum där handledare och personal kan mötas för att reflektera över arbetet med vardagsrehabilitering

Om handledningen sker enskilt eller i grupp har heller inte visat sig ha någon signifikant betydelse. Winstanley (2003) kom fram till att faktorerna stöd från handledare och att finna tid hade ett bättre resultat när handledning sker i grupp. Vid grupphandledning är en vanlig roll för handledaren att stödja gruppens reflektion och det ömsesidiga erfarenhetsutbytet mellan deltagarna. Det finns således möjligheter att få råd och stöd inte bara från handledaren utan även från sina kollegor. Huruvida det är lättare att finna tid för grupphandledning än enskild handledning är oklart. Däremot har grupphandledning fördelen att många personer deltar och att detta inte inkräktar på det ordinarie arbetet, förutsatt att det finns annan personal som tar hand om detta när handledningen sker.

Hur ofta man träffar sin handledare har betydelse för handledningens effektivitet. Detta är helt i linje med tidigare studier (Winstanley, 2003). Frågan är hur ofta handledning kan ske i en verksamhet som är så komplex som den kommunala vård- och omsorgen. Daglig handledning är sannolikt inte en realistisk situation sett de till arbetstider och scheman som personalen har och de ansvarsområden som arbetsterapeuter och sjukgymnaster har. Trots detta har 9 % svarat att de får daglig

handledning och ytterligare 57 % att de träffar sin handledare åtminstone en gång per vecka. Detta visar sig även positivt i resultatet och kan därför betraktas som en vägledning till att möten mellan personal och handledare åtminstone bör ske en gång per vecka.

Resultatet för handledningsträffens längd ger en splittrad bild. Förutom för faktor 6, personliga frågor, kunde inga samband utläsas mellan tid och upplevelsen av handledningens effektivitet. Vad en handledningsträff är har heller inte definierats, så upplevelsen är subjektiv hos dem som har besvarat frågan. Handledning kan i praktiken vara alla de tillfällen då personalen möter sin handledare hemma hos brukare, på gruppstation eller på ett möte. Det är därför sannolikt svårt att riktigt veta när man får handledning och svara på frågor om det i en enkät. Huruvida detta är ett praktiskt problem eller ej kommer att diskuteras vidare under den generella diskussionen. Resultatet kan dock ställas i relation till tidigare forskning (Winstanley, 2003) som visar att medelpoängen (och därmed handledningens effektivitet) är högst när handledningsträffens längd är ca 60 minuter.

I studien kommer en märkbar skillnad fram mellan de olika arbetsgivarna Östersunds kommun och Carema. Personalen inom Carema värderar handledningens effektivitet högre, särskilt vad gäller råd och stöd från handledare och att finna tid jämfört med personalen inom kommunen. Vad som är orsaken till denna skillnad svarar denna studie inte på. Det är troligt att förklaringar går att finna i handledarens förhållningssätt, personalens syn på handledning, relationen mellan personal och handledare och även hur ofta man träffas. Hur ofta man träffas kan ha ett samband med var handledaren har sitt kontor och personalen sin gruppstation. Sitter man lokalmässigt nära varandra är det sannolikt så att man träffas oftare, vilket möjliggör en vardaglig kontakt där det är lätt att ta upp frågor. De personer som har angett daglig kontakt jobbar alla inom Carema, om det är inom samma personalgrupp eller om de har samma handledare går inte att utläsa.

Fokusgruppintervjuer med arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Fokusgruppintervjuerna med arbetsterapeuter och sjukgymnaster hade ett liknande innehåll och därför presenteras resultatet från dessa gemensamt.

Respektive yrkeskategori nämns i de fall teman varit särskilt tydligt för den ena eller andra yrkesgruppen. I de situationer som ”man” används syftar det till båda yrkesgrupperna.

Rollen som handledare

Såväl arbetsterapeuter som sjukgymnaster reflekterar över handledning och sitt arbete som handledare. Intervjudeltagarna konstaterar att det finns olika nivåer i handledning och även olika forum där handledning förekommer.

”alltså den där handledarrollen, den finns ju alltid där någonstans”.

Att ge information och visa praktiskt är två vardagliga uppgifter för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Information ges på olika sätt t.ex. direkt till personal, i samband med möten eller via rapportböcker. Såväl arbetsterapeuter som sjukgymnaster tycker att det generellt sett är svårt att nå ut med information till all personal i en grupp och att komma i kontakt med kontaktpersonen. Att hinna visa praktiskt är ännu svårare. En sjukgymnast tycker inte att hon kan ha koll på när det kommer ny personal, vilka som jobbar en viss dag och vilka som skulle behöva handledning.

”Det är mycket stök att få till det”.

Svårigheten ligger i att det kräver att man hittar tider när man gemensamt kan gå igenom praktiska moment, ofta i brukarens hem. Att nå ut till alla berörda personer i en personalgrupp är inte alltid möjligt. Ett undantag är när det gäller personliga assistenter eftersom de finns hos brukaren. De har tid och är inte på väg vidare till en annan brukare som det är för hemtjänsten.

Utbilda personal.

En del av handledning är utbildning av personal. Förhoppningen är att personalen ska uppleva arbetet roligare om de får ökade kunskaper och förståelse för aktivitetsförmåga och rehabilitering och ser nyttan med att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. En sjukgymnast har upplevt att personalen reflekterar mer och kommer med fler egna förslag när de har fått nya kunskaper om t.ex. gångträning. Man önskar att handledning ska upplevas som något positivt och inte bara som något ytterligare som ska hinnas med.

Vilket engagemang arbetsterapeuter och sjukgymnaster känner inför handledning påverkas av de förväntningar som finns från såväl chef som personal och om chefen ser nyttan med handledning.

”så länge jag måste komma på det själv är det lätt att smita undan, även om jag känner att behovet finns”

En chef som är intresserad både efterfrågar och ställer krav att arbetsterapeuten och sjukgymnasten ger handledning och utbildning. En arbetsterapeut upplever det positivt om chefen uppmuntrar personalen att ta kontakt vilket gör att efterfrågan på handledning ökar. Det är peppande och roligt att göra mer och engagera sig när det ställs krav och man får respons på de insatser man gör. Ett hinder kan dock vara att det ibland är svårt att veta vilken ambitionsnivå man ska ha. Å ena sidan vill man hålla det på en seriös nivå men å andra sidan kanske det inte behövs. Det viktigaste kanske är att skapa en utbildningssituation där arbetsterapeut och sjukgymnast kan reflektera med personalen. Risken är att det inte blir av om man gör det för stort.

Att leda handledningsarbetet

Ett tema som framträder tydligare bland sjukgymnasterna är hur man ser på sin roll att leda rehabiliteringsarbetet. Att överlåta arbetsuppgifter kan ske genom delegering och/eller ordination till vårdpersonalen. Svårigheten som sjukgymnasterna ser med delegering är att det kan vara svårt att nå ut med den handledning som är nödvändig för att kunna delegera en uppgift. Man upplever att det är mycket administration med delegering och att det kräver ett fungerande samarbete med chef och biståndshandläggare. Ibland kan det även vara så att de avstår från att delegera för att det inte går att få till tid för handledning. I den mån delegerade uppgifter inte har blivit utförda följs det upp i teamet med chefen och man gör en avvikelse³. Vanliga orsaker till att delegerade uppgifter uteblivit uppges vara tidsbrist och brist på personal.

Det är viktigt att ta tag i personalens idéer och fundera på hur man ska bete sig som handledare. Handledarrollen handlar mycket om att vara en inspiratör och hjälpa personalen att ta fram sina dolda kunskaper och sätta ord på det som de redan kan. En viktig uppgift för handledaren är att

³ Avvikelse rapportering syftar till att rapportera kvalitetsbrister inom hälso- och sjukvården, t.ex. utebliven behandling eller träning, för att undvika att dessa händelser upprepas

skapa förståelse för vardagsrehabilitering och sätta in det i ett större sammanhang. Ett sätt att göra det på är att tala om mål för att tydliggöra syftet med olika insatser. Uppfattningen bland såväl arbetsterapeuter och sjukgymnaster är att det talas för lite om mål för brukarna och ett förslag är att min planering⁴ skulle kunna användas mer

”för min del skulle jag kunna bli tydligare med att upprepa målen”

En arbetsterapeut beskriver hur en instruktion med tydligt mål och syfte kan användas dels för att tydliggöra syftet med handledning men även för att tydliggöra för sig själv hur man tänker. Genom att använda en sådan instruktion, ange vilken tid insatsen tar och meddela biståndshandläggaren kan handledarna även skapa de tidsmässiga förutsättningarna för personalen att arbeta utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. En svårighet med att klara uppföljningen av instruktioner är att ofta när arbetsterapeuterna frågar personalen hur det har gått så har inte just de som jobbar för tillfället varit där.

Ytterligare en aspekt av handledning i grupp är att det är vanligt att personalen har skilda uppfattningar. En sjukgymnast beskriver en situation där några i personalgruppen tycker att man måste vara två för att klara en förflyttning medan andra tycker att det är lätt att hjälpa till på egen hand. I situationer som inte påverkar brukaren är det inte heller nödvändigt att alla i en grupp gör likadant eftersom alla har olika styrkor och svagheter och därför har olika förmågor att stödja brukaren.

Att finna tid.

Att använda sig av för- och efterhandledning uppfattas som en bra modell för att föra en reflekterande dialog med personalen men det är svårt att hinna med. Det är en generell uppfattning att det är svårt att skapa tidsmässiga förutsättningar för att möta personalen. Svårigheten att finna tid påverkar lätt handledningen negativt.

”speciellt när man handleder hemtjänst... man får inte ta för mycket av deras tid... man vill jobba med handledning på ett sätt så att man får dom att fundera och att de får utrymme att tänka själva och man kan ställa frågor, men har man ont om tid då blir det korvstoppning, då blir det att jag ger dom färdiga svar.”

⁴ Min planering är ett vårdplaneringsunderlag

Ett problem som lyfts fram från ett team är att all handledning ska ske i brukarens hem på den tid som hemtjänsten har avsatt, vilket innebär en tidspress eftersom personalen alltid ska vidare till en annan brukare. Det har inte funnits någon tid att samla personalen till för- och efterhandledning vilket har gjort det mycket svårt att få till ett långsiktigt samarbete med personalen. I kontrast till detta ges exempel från andra team där det varit lätt att få till forum där man tillsammans med personal haft generella diskussioner om ett rehabiliterande förhållningssätt och där personalen har fått tillfälle att reflektera kring värderingar och sin syn på rehabilitering t.ex. under en halvdag på en planeringsdag.

”Jag känner att jag har det stödet att de kan ordna tid”

Detta är särskilt viktigt för personalgrupper där man har svårt att se vinsten med rehabilitering och istället tar för givet att problem ska lösas med hjälpmedel. Dessa grupper verkar ta för givet att arbetsterapeut och sjukgymnast ska ordna problematiska situationer och visar inte något intresse för andra möjliga lösningar.

Att skapa forum

Förutsättningarna att arbeta med handledning är mycket en organisatorisk fråga som dels handlar om det måste finnas forum och tid och att den tid som finns används på ett bra sätt. Arbetsledarens roll beskrivs som central och betydelsefull. Att få till fungerande mötesplatser mellan personal, arbetsterapeut, sjukgymnast, distriktssköterska och arbetsledare beskrivs som en resa där man i varje team har hunnit olika långt. En generell uppfattning är att det blir mer och mer vanligt med varierande typer av frågor kring rehabilitering, inte enbart frågor om förflyttningar som det var tidigare.

En förutsättning för att kunna diskutera frågor gemensamt är att det finns möten där all personal träffas. Hur dessa förutsättningar ser ut varierar mycket mellan olika team. Det framkommer t.ex. ett arbetslag där man inte har haft några gemensamma träffar för all personal förrän slutet av 2004. Det upplevdes då mycket positivt att få utrymme att kunna diskutera gemensamma frågeställningar. De forum för handledning som beskrivs är ärendeträffar, personalmöten, handledning i brukarens hem och särskilt planerade utbildningar. Flera exempel ges på träffar som saknar struktur. Det blir då ofta samtal på en alltför ytlig nivå vilket gör

att man inte pratar igenom ett problem och kommer fram till någon lösning. En bättre fokusering skulle göra att det var lättare att använda sin handledarroll och gå på djupet. Exempel ges även på ärendeträffar där för mycket personal är med och upp emot 70 hemtjänstären den ska avhandlas på en halvtimme.(!)

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster tycker att arbetsledaren har ansvaret att skapa forum som fungerar för handledning men att ansvaret delas av andra i teamet.

En arbetsterapeut beskriver sin och sjukgymnastens strävan att nå ut till en hel personalgrupp.

”Dessutom är det väldigt svårt att nå alla, för hur man än planerar och sätter upp(tider) så till slut har man varit där fem gånger med vissa och andra har man inte varit där med”.

”Det finns en gräns hur långt man kan sträcka sig för att få det att fungera”.

”Det är svårt med mycket personal jag vet egentligen inte om jag gör en bra handledning.”

Förklaringar till att det inte fungerar är bl.a. att personalen byter tider och sjukfrånvaro vilket försvårar planeringen. Det krävs mycket av den enskilde handledaren att engagera sig för att få skapa förutsättningar och det är inte säkert att man orkar alla gånger, särskilt inte om det saknas engagemang hos chef och personal

Handledningsallians

Ett tema som lyfts fram, något tydligare, bland arbetsterapeuterna är vikten av att ha en god relation till de man handleder. En god relation som präglas av jämlikhet, ömsesidighet och förtroende är en bra grund för att kunna samarbeta i handledning. Att lära känna varandra tar tid och det kan därför vara svårt när man som handledare kommer ny på en arbetsplats

”man får ligga ganska lågt ganska länge”

”det tar tid innan man kommer in i grupper, och komma ny i en arbetsgrupp och ska handleda det är ju att balansera på en knivsegg”.

Relationen kan byggas genom att bekräfta personalens kunnande och lyfta fram att deras kunnande och arbetsterapeuternas kunskaper kompletterar varandra. Ambitionen att bygga upp ett förtroendefyllt samarbete kan leda till en svår balansgång där olika behov ställs mot varandra. Brukarens behov av rehabilitering å ena sidan och personalens behov av en arbetssituation som inte är alltför fysiskt eller psykiskt påfrestande å andra sidan

”ska man sätta in en lyft för personalen eller rehabilitera mer?”

Hur långt kan man som handledare se till brukarens behov av rehabilitering utan att förbruka förtroendekapitalet hos gruppen? Det kan vara en balansgång som uppkommer vid fysiskt tunga förflyttningssituationer eller psykiskt utmanande situationer när rehabiliteringsarbetet till stor del handlar om att motivera brukaren. Arbetsterapeuterna konstaterar att motivationsarbete är viktigt men att det finns skillnader att motivera som arbetsterapeut och att motivera som vårdpersonal.

”När brukaren själv inte vill och det trots att man har försökt och motivera brukaren och inte det går så är det inte rimligt att fortsätta rehabiliteringsarbetet”

”Det är klart att det går ju bra då att gå dit ett par gånger eller någon gång och tjata och motivera men De står där varje dag och tanten vägrar kliva ur sängen och vägrar gå in i badrummet – hur mycket ska De slita?”

”Det får ju inte gå till överdrift det här med rehabilitering”

”Ofta så går man personalen till mötes... även om det är fel eller rätt så kanske man får offra lite grann för att vinna annat”.

Även bland sjukgymnasterna framkommer att det är viktigt med ett bra samarbete, att personalen känner sig viktig men att det ibland kan finnas en konflikt mellan brukarfokus och personalfokus. Vid de tillfällen man är i brukarens hem och fokuserar på handledning av personalen är det viktigt att vara tydlig med det inför brukaren så att handledningen kan genomföras på ett bra sätt.

I den mån arbetsterapeuten pratar om motivationsarbete handlar det om vad man konkret bör säga och göra med enskilda brukare. Liksom bland arbetsterapeuterna upplever även sjukgymnasterna att det kan vara svårt att motivera när det gäller påfrestande situationer. Ett alternativt sätt att motivera till ett rehabiliterande förhållningssätt är att tydliggöra att arbetet kan bli lättare om brukaren själv ökar sin förmåga att förflytta sig. Ett annat exempel på motivationsarbete gäller att tydliggöra syfte och mål för brukare och anhöriga. Det gäller särskilt situationer som innebär att brukaren måste anstränga sig som en konsekvens av ett rehabiliterande förhållningssätt hos personalen. Personal kan då tycka att det är svårt att stå för ett rehabiliterande arbetssätt och vill ha stöd av sjukgymnasten som auktoritet som förklarar för såväl brukare som anhörig så att arbetssättet blir sanktionerat.

Att stödja är en annan funktion i handledning som beskrivs som viktig för att bygga en relation till personalen.

”de kan reagera väldigt positivt många gånger att man förstår att det är jobbigt... att man försöker gemensamt komma fram till vad man ska göra så att inte jag bara går och bestämmer massa saker, men att jag förstår att de har ett elände när de går till den här tanten som är så elak... ja.... och att jag är Där! Liksom att jag är med och inte bara sitter på mitt kontor utan att jag är delaktig och ser hur det funkar.”

Handledarutbildning

Flera av arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna tar upp erfarenheten av att ha gått handledarutbildning och säger sig ha fått en ökad medvetenhet om handledningsprocessen och ett handledande förhållningssätt. Den allmänna uppfattningen är att den teoretiska kunskapen man har fått är positiv även om det praktiska handledningsarbetet inte har förändrats så mycket ännu. Man tror dock att den teoretiska kunskapen kan vara ett bra

stöd för att utveckla handledning. En sjukgymnast beskriver betydelsen av att tänka till och vara medveten om hur man vill att handledningen ska gå till och hur man ska förhålla sig. Att vara väl förberedd är särskilt viktigt med tanke på att det ofta är svårt att få till möten med all personal och att det i olika situationer är ont om tid.

En skillnad man beskriver är synen på ett handledande förhållningssätt. Det består i att uppmana personalen att själva tänka kring hur de gör och vara delaktiga i att finna lösningar, istället för att arbetsterapeut/sjukgymnast direkt går in och visar och instruerar.

Den vardagliga långsiktiga handledningen ställer stora krav på handledaren. En arbetsterapeut jämför med handledning av arbetsterapeutstudent. Där sker handledningen under en begränsad tid och den som får handledning är i allmänhet motiverad att lära sig mycket. Hur kan handledarna stödja varandra på ett sätt så att alla kan utvecklas i rollen som handledare?

Vad är kompetens i vardagsrehabilitering?

”Sen också att de förstår vikten av det de gör, eller låter bli att göra.. alltså kraften i vardagsrehabilitering. Man tycker att det verkar inte så märkvärdigt – vad spelar det för roll om jag hjälper henne på med skorna, men det kan vara det som är avgörande om de kan vara självständiga eller inte.”

Den kompetens som arbetsterapeuter och sjukgymnaster anser är viktig består av olika delar.

Kunskaper

Det är kunskap som handlar om den åldrande människan, om olika diagnoser och deras praktiska konsekvenser, samt kunskaper om den enskilde brukaren. En sjukgymnast konstaterar att det är lätt att tro att viss kunskap är allmän kunskap som personalen borde ha men som i själva verket är specifik kunskap som kommer från grundutbildningen och genom erfarenhet.

”Man får vara noga med vad man tycker är självklart”,

Det är därför viktigt att ta reda på de handleddas kunskapsnivå för att kunna anpassa utbildning och handledning. Det är viktigt att inte underskatta personalen som generellt sett har kunskaper om ett rehabiliterande förhållningssätt, har många idéer och ofta känner brukaren. Det är viktigt att komma ihåg att arbetsterapeut och sjukgymnast kan lära av personalen. Ibland kan det kännas konstigt att handleda när personalen känner brukaren så mycket mer.

Förståelse

Kunskap om vad rehabilitering innebär är även en grund för att *förstå* kraften i vardagsrehabilitering och konsekvenserna av att inte arbeta med rehabilitering. Förståelse för hur en person fungerar och hur viktigt det är med rätt bemötande är centralt i ett rehabiliterande förhållningssätt.

Praktisk förmåga

Förmågan handlar till viss del om tyst kunskap som inte alltid är medveten och därför svår att beskriva. Exempel på förmågor är ett bemötande som präglas av lugn och att kunna vänta in brukaren och stå med händerna på ryggen. Genom att guida verbalt med ord eller genom deras kropp kan man använda en persons rörelseminne för att öka dennes delaktighet i olika aktiviteter.

Värdegrund

Förmågan att ha ett lugnt förhållningssätt tror man till viss del handlar om en värdegrund man fått med sig från grundutbildningen, att det finns en grundläggande skillnad mellan utbildningarna till arbetsterapeut och sjukgymnast och omvårdnadsutbildning.

”Arbetsterapeututbildningen ger ett annat tänk”

Omvårdnad handlar i grunden om att ta hand om och hjälpa brukare som ibland visar sig genom bemötandet i praktiska situationer. Det är särskilt viktigt att ha förmågan att anpassa sitt bemötande när man arbetar under tidspress.

”man har ju sett hur de forsar in i rummet en del... jag förstår att brukaren inte kliver upp då... det är bara upp och iväg.”

Närliggande till värderingar som en viktig del av kompetens är att det finns en vilja att arbeta med rehabilitering. Arbetet underlättas mycket om det i en personalgrupp finns personal som är bärare av ett rehabiliterande förhållningssätt.

Vårdpersonalen

Det framkommer vid intervjuerna att arbetet som personal inom hemtjänsten gör är komplicerat. De träffar många brukare och måste kunna anpassa sitt förhållningssätt efter varje individ. Den generella uppfattningen är att personalen inom hemtjänsten är duktiga på sitt jobb.

Möjligheten att bedriva en konstruktiv handledning beror bl.a. på personalens inställning, dels till att arbeta med rehabilitering dels att samarbeta i handledning. Önskescenariot är en motiverad och intresserad personalgrupp som efterfrågar information, handledning och utbildning. Geografisk närhet mellan handledare och hemtjänstgrupp, liten gruppstorlek och att handledaren har få grupper att handleda beskrivs också som positiva faktorer. Ytterligare en gynnsam faktor är om det i en personalgrupp finns personal som har en vilja och tro på att arbeta med rehabilitering och som inför sina kollegor kan motivera till rehabiliterande insatser, att det är någon annan än arbetsterapeuten som motiverar till rehabilitering.

Faktorer som gör att det är svårt att arbeta med handledning är om såväl personal som chef visar ett litet intresse, stort geografiskt avstånd mellan handledare och personal och att det ofta kommer ny personal till personalgruppen.

”De som absolut inte är intresserade av rehabilitering och det här tänkandet de lägger jag inte ner någon stor möda på heller, för det... jag tycker inte att det är värt det riktigt... då försöker jag istället att få det att funka bra där det funkar bra (med personalen) så att säga... det är kanske fel alltså men så väljer jag att göra.”

En metod som upplevts bra är när personalen kan lära av varandra och utbyta erfarenheter. En förutsättning för att det ska fungera är att klimatet i gruppen är tillåtande och att det är accepterat att komma med tips och idéer. Försvårande omständigheter som beskrivs är om det i en grupp finns begränsande normer som gör det svårt att gemensamt reflektera över arbetssätt och hur man kan lösa problem. Exempel på sådana

begränsningar är om personal klankar ner på varandras idéer, att det finns en stämning av att man inte ska förhäva sig

”det är svårt när någon säger att de har en bra lösning på någonting att få gehör för det, det är många som gärna klankar ner på de här bra lösningarna... det är inte så där jättetillåtande.”

Man upplever att det inte är tillåtet att tycka vad som helst, t.ex. att en förflyttning går lätt när andra i personalen tycker att man behöver vara två.

”man får inte säga att det är lätt och man får inte säga att man har gott om tid”

Flera sjukgymnaster känner igen den typ av oskrivna regler som citatet ovan är uttryck för. Begränsande normer i kombination med att många inte säger så mycket när hela gruppen är samlad försvårar handledning. Klimatet i en grupp kan präglas av starka personer som arbetat länge och har ett informellt ledarskap. Ibland upplevs äldre personal vara mer invanda i ett omvårdande arbetssätt som blivit en naturlig del av yrkesidentiteten. Det gör det svårt att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. En del personer verkar heller inte prioritera att ta emot handledning. En arbetsterapeut upplever att ny personal verkar ha lättare för att utgå från vad brukaren kan göra själv. För ny personal är det också naturligt att fråga mer vilket öppnar upp för en dialog tillsammans med arbetsterapeut och sjukgymnast. Det är viktigt vilka förebilder som finns i en grupp eftersom ny personal snabbt färgas av kulturen på arbetsplatsen.

Diskussion arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Resultatet belyser möjligheter och problem som arbetsterapeuter och sjukgymnaster ser med handledning. Man beskriver den egna handledarrollens betydelse för att handledning ska fungera och samtidigt är man medveten om att det krävs intresse och vilja framförallt hos personalen som ska få handledning, men även hos deras chefer. Även om man ser positivt på handledningens möjligheter beskrivs genomgående att det är svårt att nå ut till personalen. För att lyckas med detta krävs att tid och engagemang läggs på att ta reda på när personal arbetar och att anpassa sin tid så att man lyckas träffa samtliga i en grupp. De

arbetsterapeuter och sjukgymnaster som har skaffat sig teoretiska kunskaper om handledning har ambitionen att nå fram till en handledning där personal ges utrymme till reflektion t.ex. genom att använda sig av för- och efterhandledning (Handal och Lauvås, 2000). Att lyckas genomföra detta med en hel personalgrupp upplevs uppenbarligen som svårt. När tiden är knapp riskerar möten mellan arbetsterapeuter/sjukgymnaster och personal att reduceras till ett informationsutbyte med en förlust av utrymme till ömsesidig reflektion.

I tidigare studier finner man stöd för att det är lätt att handledning tenderar att kretsa kring lösandet av problem (Shultz et al., 2002, Martin, 1996). Detta gäller särskilt när handledning enbart sker vid behov, dvs. det är när det finns ett problem som kontakter sker mellan handledare och handledd för att lösa problemet. Detta riskerar att konservera ett arbetssätt där inte handledningens potentiella fördelar kommer till sin fulla rätt. Reflektion och erfarenhetsutbyte kring vardagliga arbetsuppgifter och hur dessa kan lösas är något av handledningens kärna. För att reflektera och kunna utbyta erfarenheter krävs tid. Winstanley (2003) har visat att tidsfaktorn är av stor betydelse för handledningens effektivitet. Detta gäller såväl längd och frekvens på handledningsträffarna, se generell diskussion. Det ställer även krav på såväl handledare som handledd att vara beredda att reflektera över hur man gör och tänker i det vardagliga arbetet, något som i tidigare forskning visat sig vara svårt pga. bristande förberedelser för båda parter (Sweeney et al, 2001b).

Mot bakgrund av Östersunds kommuns satsning på att anställa arbetsterapeuter och sjukgymnaster som handledare är det viktigt att tydliggöra olika aspekter av det ledarskap som handledarskapet innebär. Att arbeta med vardagsrehabilitering har i inledningen av rehab 2000 betraktats som ett för vårdpersonalen ”nytt” arbetssätt. Att förändra ett arbetssätt kräver stöd och handledning på olika sätt, särskilt som det traditionellt omvårdnadspräglade hemtjänstarbetet tycks vila på en annan värdegrund än den rehabiliterande. Att rehabiliteringsinsatser inte har samma ”tyngd” som andra insatser visar sig i att det är vanligare att rehabiliterande insatser prioriteras bort jämfört med andra hemtjänstinsatser. Denna problematik har även beskrivits i en rapport från socialstyrelsen (2003).

Genom att erbjuda utbildning är förhoppningen att personalen ska bli intresserade och reflektera kring sin roll i vardagsrehabilitering. Att

stödja, motivera och inspirera vårdpersonalen att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt är en förutsättning för att såväl behovet som nyttan ska bli tydlig. Samtidigt är den handledning som arbetsterapeuter och sjukgymnaster bedriver inte av konsultativ karaktär (Lauvås och Handal, 1993). Det är således inte upp till vårdpersonalen att efter eget godtycke välja eller välja bort det som ”konsulten” föreslagit. Det finns en arbetsledande aspekt av handledning som innebär att uppgifter måste tydliggöras, överlämnas och följas upp. De som genom handledning får nya arbetsuppgifter har ett ansvar över dessa. Ett verktyg i detta rehabiliterande ledarskap är möjligheten att delegera eller ordinera arbetsuppgifter till personal.

Resultatet pekar mot att det är viktigt att utveckla arbetet med ordination/instruktion och delegering samtidigt som en dialog förs med biståndshandläggare om tidsåtgång för dessa insatser. Om uppgiften är tydlig och rimlig tid finns avsatt har förutsättningar skapats för vårdpersonalen att ta sitt ansvar att arbeta med hemrehabilitering.

Det finns en inneboende spänning mellan de olika funktionerna i handledning (Proctor, 2001). Spänningen handlar om hur man som handledare å ena sidan ska stödja de som handleds samtidigt som man å andra sidan ska agera ledare och vara en motor i rehabiliteringsarbetet. Det framkommer även i intervjuerna att man upplever en balansgång mellan dessa olika funktioner. I valet mellan att driva igenom rehabiliteringsinsatser (träning) som personalen har svårt för eller att möta personalens behov (kompensation) verkar det vara vanligt att personalens behov tillgodoses. Till viss del kan detta anses vara rimligt eftersom det sannolikt är svårt att få personal delaktiga i att utföra insatser som de upplever att de inte klarar av eller som de inte ser nyttan med. Med detta resonemang blir det å andra sidan så att det finns brukare vars behov av rehabilitering riskerar att inte tillgodoses. Att kompensatoriska åtgärder går före träning med hänsyn tagen till personalens behov går inte i linje med intentionerna i satsningen på hemrehabilitering. Med den övergripande målsättningen att vårdpersonalen ska utföra rehabiliterande insatser måste även uppgifter som upplevs svåra utföras. Det ställer krav på vårdpersonal att utvecklas i sin roll och acceptera att ta på sig uppgifter man kanske tidigare inte har gjort. Det ställer än högre krav på arbetsterapeuter och sjukgymnaster att stödja personal i denna rollförändring, tydliggöra uppgifter och göra överenskommelser med personalen om hur länge man ska prova en viss insats innan man utvärderar och eventuellt omprövar vad som ska gälla.

Detta är en viktig fråga dels för att den handlar om personalens utveckling som rehabiliteringspersonal dels för att brukare ska få sitt behov av rehabilitering tillgodosett.

Fokusgruppintervju med biträdande enhetschefer

Relationer

Som en röd tråd genom hela intervjun löper betydelsen av goda relationer mellan arbetsterapeut/sjukgymnast och personal. Goda relationer är en förutsättning för att ta det gemensamma ansvaret och är något som alla inblandade måste anstränga sig för att bygga. Teamet finns av ett enda syfte och det är att brukarna ska ha det bra. För att det ska vara möjligt tjugofyra timmar per dygn året runt är personalen en förutsättning. Ett välfungerande samarbete i handledning är därför en förutsättning för att vardagsrehabilitering ska fungera bra. Att vara närvarande i personalens vardagliga arbete och göra spontana besök i deras lokaler är en viktig del för att bygga relationer. Man efterlyser mer kontakt utifrån personalens behov inte enbart utifrån brukarens behov. En annan del som kan vara avgörande för hur relationen utvecklas är vilket bemötande arbetsterapeut och sjukgymnast har. Såväl goda som dåliga exempel ges på detta och man konstaterar att det sätt de bemöter personalen på eller i vilken mån de bjuder till, kan prägla relationen för lång tid. Särskilt när personalen har ont om tid kan det ge mycket att bjuda till och hjälpa till med att ta med mat eller koka kaffe åt någon brukare. Hur detta samspel utvecklas beror mycket på attityder och vilja hos alla parter.

Man anser att det är viktigt att vara med på möten dels för att det är ett forum då relationer kan byggas dels för att det är ett tillfälle att komma överrens med personalgruppen om hur vi ska samarbeta tillsammans. Att prata om vad de olika yrkeskategorierna gör ökar även förståelsen för varandras uppgifter. Ett återkommande tema är hur cheferna ser på det gemensamma ansvar alla i teamet har för att göra det bästa möjliga med brukaren i fokus. Förståelse och respekt för varandras arbetsuppgifter är tillsammans med en god vilja centralt för det gemensamma ansvaret.

Det är viktigt att kunna anpassa sitt arbetssätt för att kunna möta personalen, dels genom att komma överrens med personal vilken tid som

passar dem, dels genom att vara öppen för att personal kan behöva stöd på andra tider än de ordinarie arbetstiderna. Man upplever ibland att arbetsterapeut och sjukgymnast inte är tillräckligt flexibla för att möta den verklighet som personalen upplever. Exempel ges på en ovilja att följa med personal kvällstid då personal anser att brukarens aktivitetsförmåga är sämre än dagtid.

”de kan inte ta beslut i någon situation på kvällen då förutsättningarna är på ett helt annat sätt, och brukaren är på ett helt annat sätt och det går inte att se vid något annat tillfälle och personalen försökte säga det men de nådde inte fram, de fick inget gehör alls”

Personal arbetar ibland med brukare där situationen är problematisk av olika anledningar. Biträdande enhetscheferna anser att det är då viktigt att arbetsterapeuter och sjukgymnaster visar en god vilja och är tillmötesgående genom att följa med personalen hem till brukaren. Om arbetsterapeut och sjukgymnast säger att de inte kan göra något är risken att personalen upplever ett bristande stöd och att de lämnas att hantera situationen på egen hand. Ovanstående exempel kan leda till att relationen mellan arbetsterapeut/sjukgymnast och personalgrupp försämras, något som tar lång tid att reparera.

Tillgänglighet

Det framkommer att cheferna uppskattar det arbete som görs av arbetsterapeut och sjukgymnast. Det är en stor skillnad i närheten till dessa yrkesgrupper jämfört med tiden före rehab 2000 då den vardagliga kontakten med personal var mycket begränsad. Inriktningen har även förändrats från att tidigare mest handlat om hjälpmedel till att allt mer handla om träning.

Trots en positiv tendens lyfts problem med bristande tillgänglighet fram. Man upplever att arbetsterapeuter och sjukgymnaster inte finns tillhands för personalen i den utsträckning som personal och chefer önskar. Man har uppfattat att rehab 2000 till stor del handlade om att arbetsterapeuter och sjukgymnaster skulle finnas tillgängliga för personal och att det inte har blivit så. Orsaker till denna bristande närvaro anses vara att de har särskilt mycket möten, vårdplaneringar och att de går på kurser och konferenser. Man anser att inga andra yrkesgrupper har så många olika möten som inte har direkt koppling till arbetet med brukare. Förekomsten

av vårdplaneringar varierar men är i allmänhet placerade tidsmässigt så att de ”krockar” med de tider då det är lättast att träffa personalen. Även det är en faktor som gör arbetsterapeuter och sjukgymnaster mindre tillgängliga för personalen.

Ett irritationsmoment är om arbetsterapeut och sjukgymnast inte kan vara flexibla för att snabbt få till möten med personal. När personalen har ett problem vill de ha stöd för att kunna hantera det annars agerar de på egen hand. Om de redan har funnit en lösning kan det vara svårt för arbetsterapeut och sjukgymnast att komma in efter några veckor och då komma med en ny lösning. Sådant kan undvikas om det finns en närhet mellan arbetsterapeut/sjukgymnast och personal. Man anser att det är de tider då brukaren får hjälp som måste styra vilken tid arbetsterapeuter och sjukgymnaster planerar att träffa personal. De måste anpassa sig efter de tider då personalen har tidsmässigt utrymme.

Arbetets innehåll och ansvar för arbetsterapeuter och sjukgymnaster finns beskrivet (bilaga 3) men är inte känt bland cheferna. Man tycker att det vore intressant för såväl chefer som personal att få ta del av dessa uppdragsbeskrivningar.

Att mötas och kommunicera

Handledning sker i olika forum. Handledning genomförs i brukarens hem, enskilt eller i grupp, och i samband med olika slags möten. Bortsett från de möten som hör till rutinerna inom organisationen har man på enheterna hunnit olika långt när det gäller att skapa mötesformer som fungerar bra. I vissa team träffar man aldrig hela gruppen, i andra team har arbetsterapeuter och sjukgymnaster särskilda träffar med gruppen en gång/månad. Personalmöten är bra tillfällen att ta upp angelägna frågor eftersom personalgruppen då är samlad och man har tid till förfogande.

En chef anser att all information som gäller brukare ska gå genom kontaktpersonen för att det är ett sätt på vilket kontaktmannaskapet kan stärkas. Samtidigt finns en medvetenhet om att vissa personer i en personalgrupp är bättre lämpade att sprida informationen vidare i gruppen. Att känna personalgruppen är därför betydelsefullt för att veta hur man snabbt ska nå ut med information.

Efterfrågan på utbildning och handledning

Man upplever att handledning av arbetsterapeuter och sjukgymnaster är en möjlig resurs för att stödja personalen i deras arbete.

”jag ser det som en stöttning i både ord och handling, att man finns nära till hands att man har egna träffar med gruppen, att man följer med dom ut och tittar hur det är i verkligheten.”

Hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster använder sin arbetstid mot personal är en fråga som diskuteras. Med tanke på att mängden ärenden varierar borde det ibland finns goda möjligheter att ge mer handledning och utbildning till personalen. Den allmänna uppfattningen är att det finns många tänkbara ämnen att ha utbildning kring, t.ex. generellt om vardagsrehabilitering, förflyttningar, dusch mm. En metod man kommer att prova på ett team under hösten 2005 är att ha en ”drop-in” tid där tanken är att arbetsterapeut och sjukgymnast ska passa på att träffa personalen i grupplokalen för att kunna gå igenom förflyttningar. Förhoppningen är att det ska bli lättare att få till en vardaglig handledning kring förflyttningar utan att behöva planera in särskilda möten.

Att leda rehabiliteringsarbetet

Cheferna anser att arbetsterapeuters och sjukgymnasters roll är att vara motor i rehabiliteringsarbetet. De har specialkunskaper och är därför bäst lämpade att vara de som är rehabiliterande arbetsledare. Man jämför med distriktssköterskan roll som är att vara medicinsk arbetsledare eller den egna rollens ledarskap i form av personalansvar. Man uppfattar i några team att arbetsterapeut och sjukgymnast drar en väldigt tydlig gräns för vilket ansvar de är beredda att ta. De sätter skarpa gränser, tar inte tillräckligt eget ansvar utan lämnar istället över till biträdande enhetschef. Man uppfattar att de ibland har för mycket prestige vilket anses vara oförenligt med hemtjänstarbetets natur där olika typer av problem hör till vardagen och där alla måste visa flexibilitet och gemensamt ansvarstagande.

”ibland känner jag mig som en arbetsledare för arbetsterapeuter och sjukgymnaster för de har sådana krav på mig att jag ska ha allt ansvar, hålla reda på det Dom gör mot gruppen också”

Å ena sidan är det viktigt att klargöra vem som ska göra vad men man måste också kunna vara smidig. Eftersom de biträdande enhetscheferna ofta har samma chef som arbetsterapeuter och sjukgymnaster vill man känna sig som jämbördiga kollegor och inte fastna i diskussioner om ansvar och roller. De är överrens om att de inte ska samordna de kontakter som sker mellan personal och arbetsterapeuter/sjukgymnaster. Cheferna har svårt att förstå att de ska ta ansvar för de delar av verksamheten för vilka de nya arbetsterapeut- och sjukgymnasttjänsterna skapades. Man anser sig heller inte ha rätt kompetens för detta och efterlyser därför ett ökat ansvarstagande från arbetsterapeut och sjukgymnast.

”... Jag har så otroligt många uppgifter alltså om jag ska vara ärlig som är så mycket viktigare och då tänker jag att dom vart ju anställda för det här, för jag hade ju inte de här uppgifterna förut men helt plötsligt vart det mer uppgifter för mig när dom vart anställda.”

”Jag måste se till att det finns folk som jobbar i första hand i morgon, jag måste se till att de får lön i första hand för annars vill de inte jobba...”

De konkreta uppgifter man anser hör till det rehabiliterande ledarskapet är att inventera utbildningsbehov och genomföra utbildning för personal, informera personal om frågor som gäller rehabilitering, ge ordination och instruktion. Att tydliggöra vårdpersonalens roll i rehabiliteringsarbetet är en viktig del i handledning. Det anses vara viktig för förståelsen och viljan att ta på sig rehabiliteringsuppgifter.

I vilken utsträckning är arbetsterapeuter och sjukgymnaster förberedda för det arbete handledarrollen i hemtjänst innebär? Det krävs trygghet för att fungera som handledare i en hemtjänstgrupp. Om tryggheten saknas är det lätt att diskussioner kommer att handla om roller och formellt ansvar snarare än hur vi tillsammans kan göra det bästa av den aktuella situationen för att hjälpa brukaren. En annan företeelse som cheferna tolkar som en slags otrygghet är om arbetsterapeut och sjukgymnast ofta är ute tillsammans.

Hemtjänsten är en verklighet som består av många viktiga bitar inte enbart rehabilitering. En chef framhåller att det inte finns något facit i vår

verksamhet vilket innebär att de inblandade måste finna lösningar tillsammans med brukaren. Då ska det inte spela någon roll vilken titel, utbildning eller status man har.

”det dom får med sig från universitet och högskolor också för där är ju det här – Deras verksamhet det viktigaste i hela universum och sen kommer du till en verklighet och en verksamhet där det visar sig att det är massor med saker som egentligen är precis lika viktiga för att helheten ska fungera”

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster förväntas vara psykologiska och smidiga för att kunna komma in i personalgruppen, flexibla med att anpassa sig till personalens tider och samtidigt ska de ha pondus när de informerar och överlåter arbetsuppgifter. Det är en balansgång där det å ena sidan finns en risk att arbetsterapeuten eller sjukgymnasten uppfattas som översittare av personalen eller att de å andra sidan inte når ut med sitt budskap.

Chefens roll

Cheferna uppfattar att de har det yttersta ansvaret för verksamheten. De befinner sig mitt emellan olika yrkesgrupper och kan genom att vara lyhörda för vad som behövs få en överblick över verksamheten. Deras roll handlar till stor del om att ge stöttning, driva på, prioritera och lyfta relations- och kommunikationsproblem. Deras roll i handledning är att vara delaktig att skapa forum och förutsättningar för handledning utifrån teamets behov. Man upplever att man får ta en allt för stor del av det ansvar som arbetsterapeuter och sjukgymnaster är bäst lämpade att ta. Även om de formellt har det yttersta ansvaret resonerar cheferna kring möjligheten att delegera dessa delar till arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Detta resonemang verkar upplevas något märkligt och man uttrycker att denna typ av formella gränsdragningar borde kunna undvikas om man visade mer respekt och förståelse för varandras arbeten. Man vill vara kollegor med arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Att överlåta arbetsuppgifter

När arbetsuppgifter ska överlåtas från arbetsterapeuter och sjukgymnaster är det viktigt att det sker i samverkan med personalgruppen. Det gäller särskilt när det tidsmässigt passar personalen att göra uppgifterna. Den allmänna uppfattningen är att ordination/instruktion är en underutnyttjad

metod att överlåta arbetsuppgifter på. Uppföljning av insatser görs ofta tillsammans med chefen. I de fall insatser inte har utförts skriver man avvikelser. Detta varierar mellan grupper och vilka orsaker som ligger bakom att insatser inte utförts. Om det beror på personalbrist skrivs alltid avvikelser. Man upplever att det är vanligt att brukare tackar nej till promenader och då är det viktigt att följa upp orsakerna till detta.

Att ta på sig nya arbetsuppgifter

Vilket intresse och vilken vilja vårdpersonalen har att ta på sig arbetsuppgifter som överlåts från arbetsterapeut och/eller sjukgymnast varierar mycket såväl mellan individer som mellan personalgrupper. I vissa grupper tar man på sig nya uppgifter utan problem medan man i andra grupper tycker att det är arbetsterapeuters och sjukgymnasters ansvar att arbeta med rehabilitering. Man konstaterar att personalen ibland saknar kunskaper för att kunna ta på sig nya uppgifter. Det kan därför behövas såväl utbildning som praktisk handledning för att personalen ska kunna utföra de nya uppgifterna.

”en del säger så här; det där tar jag inte på mig för jag måste få mer handledning, det där tyckte jag att jag inte klarar. Ibland tycker jag att de inte är så öppna att ta emot nytt och då vet jag inte riktigt är man så där osäker på sig själv eller vill man inte?”

Det är även nödvändigt att det finns en förståelse för att deras yrkesroll förändras över tid. Vissa arbetsuppgifter försvinner och nya kommer till. Att arbeta med vardagsrehabilitering ska idag vara en naturlig del av vårdarbetet. Personalen måste förstå att om arbetsterapeuten gör en bedömning handlar det delvis om att personalen ska få veta hur de ska hjälpa en brukare med ett rehabiliterande förhållningssätt. Det framkommer att beslut som kommer från biståndshandläggare betraktas som viktigare av vårdpersonalen och att rehabiliteringsinsatser därför kan prioriteras bort om personalen inte anser sig ha tid exempelvis p.g.a. personalbrist. Exempel ges även på situationer där promenader uteblivit och personalen i efterhand kunnat se att det egentligen borde ha gått att genomföra men att de vid aktuell tidpunkt mest såg hinder och därför inte lyckades planera in det. Det saknas fortfarande en del när det gäller att prioritera rehabiliteringsinsatser. För att handledning ska fungera måste även personalen efterfråga handledning, och känna sig trygga i att kunna vända sig direkt till arbetsterapeut och sjukgymnast.

Diskussion biträdande enhetschefer

Det finns en frustration hos cheferna som verkar bottna i en upplevelse av att arbetsterapeuter och sjukgymnaster inte finns tillhands för personalen i tillräcklig utsträckning. Mycket av det som framkommer i intervjun är viktigt att ta till sig för arbetsterapeuter och sjukgymnaster i den fortsatta utvecklingen av handledning. Att vara tillgänglig och kunna bemöta personalen på ett bra sätt är grundförutsättningar för att från handledarens sida kunna bidra till en god handledningsrelation. Att denna inte enbart beror på handledaren är uppenbart. I ett möte måste det finnas en ömsesidig strävan att samarbeta och utbyta erfarenheter på ett respektfullt sätt. Detta är inte liktydigt med att man alla gånger kan vara överrens om hur omvårdnaden av en brukare ska se ut. I situationer där åsikter går isär mellan handledare och handledd är det viktigt att tydliggöra olika perspektiv och vad som ska avgöra hur man hanterar situationen. I frågor som rör arbetsmiljö har biträdande enhetschef en central roll. I frågan om tillgänglighet är det något som kan klargöras i form av när och var man ska träffas och hur man på andra tider kan komma i kontakt med arbetsterapeuten och sjukgymnasten.

En annan förklaring till den upplevda frustrationen hos cheferna är att man inte känner till vilka arbetsuppgifter arbetsterapeuter och sjukgymnaster har, vilket även framkommer i intervjun. Arbetsterapeuters och sjukgymnasters arbetsuppgifter finns beskrivna (bilaga 3) men är uppenbarligen inte helt kända i verksamheten. Dessa bör bli bättre kända och torde kunna lyftas av arbetsterapeuter och sjukgymnaster i respektive team. Ytterligare en omständighet som möjligen inte är känd är vilka brukare som arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar med. Under rehabsatsningens första år, 000901-010630, genomfördes en patientregistrering bland brukare som bor i ordinärt boende. Den visade att 42 % av de brukare som arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetade med inte hade hemtjänst (Lindberg, 2001). 1/9 2004 - 31/5 2005 nyregistrerades ca 750 brukare utan hemtjänst som arbetsterapeut och/eller sjukgymnast arbetade med vilket utgör ca 50 % av antalet nyregistrerade brukare för samma tidsperiod. En uppföljning av prioriteringsordningen i okt – nov 2005 visar att gruppen utan hemtjänst utgör 18 % av den totala direkta brukartiden.

Det visar att det finns en relativt stor grupp brukare med vilka arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetar med som vare sig biträdande

enhetschefer eller vårdpersonalen berörs av och kanske inte känner till. Det kan således finnas flera förklaringar till arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetsterapeuter och sjukgymnaster inte finns tillgängliga för personal i den utsträckning det finns önskemål om. Problemet är när detta riskerar att bli en fråga om förtroende för handledaren. Det är då nödvändigt att lyfta frågan och tydliggöra ömsesidiga förväntningar och möjligheter kring tillgänglighet mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster och personal.

Detta är ett viktigt resultat som sannolikt påverkar handledningens effektivitet. Det finns anledning att såväl i team som bland enskilda yrkesutövare reflektera över samarbetsformer och tillgänglighet. Tillgänglighet handlar i detta sammanhang inte enbart om att vara närvarande. Hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster bemöter personalen påverkar i stor utsträckning vilken relation som skapas och vilket förtroende som byggs upp mellan parterna. Det som framkommer i intervjun med biträdande enhetschefer gör att det finns all anledning att understryka arbetsterapeuters och sjukgymnasters ansvar för detta. Med handledarskapet följer ett ledarskap och ett ansvar för att föra en handledande dialog där vårdpersonalen känner sig delaktiga. Det är dock viktigt att komma ihåg att i en relation kan inte enbart den ena parten bära hela ansvaret. För att bygga en fungerande relation måste alla ta sitt ansvar och bjuda till.

Generell diskussion

En utvärdering av handledning handlar i grunden om huruvida kvalitén i vården påverkas. Finns det då något belägg för antagandet att vårdens kvalitét verkligen blir bättre när personalen får handledning? Butterworth (2001) anser att den samlade forskningen på området ger stöd för detta antagande. Handledning har beskrivits som den länk mellan organisation – yrkesutövare – patient som ger möjlighet att säkerställa en god vård. Det finns numera goda belägg för vad som är viktigt vid implementeringen av handledning, hur handledning ska underhållas och bli en del av organisationens kultur samt hur handledning kan utvärderas. Det finns sammantaget starka skäl att se en koppling mellan handledning av god kvalitét och en god och säker vård.

Melin Emilsson (2004) konstaterar i en studie att även om handledning leder till positiva effekter hos personalen, i form av ökade teoretiska kunskaper och ökad trivsel, är det inte liktydigt med en ökad kompetens i relation till de arbetsuppgifter man har. För att det lärande som sker i handledning ska leda till ett förändrat arbetssätt krävs återkommande och långsiktig reflektion kring teori och praktik. ”Erfarenheter utan reflektion är bara händelser” är ett talesätt som tydliggör reflektionens betydelse för att erfarenhet ska bli kunskap som leder till en ökad kompetens. Tidigare forskning har visat att vårdpersonal generellt sett är ovana vid att reflektera över det egna agerandet i vård och omsorgsarbetet. Det gör utmaningen än större för de som handleder att skapa handledningstillfällen som möjliggör reflektion. Det ger även en anledning att diskutera vilka förberedelser vårdpersonal behöver för att kunna vara aktiva och bidra till en konstruktiv handledning. Träning och förberedelser för handledning gäller således inte enbart handledare utan även de som ska få handledning (Proctor, 2001, Sweeney, 2001b). Att erbjuda utbildning i att *få* handledning har beskrivits som en kostnadseffektiv metod för att skapa likvärdiga förutsättningar för handledning och introducera en konstruktiv handledningskultur (Cutcliffe, 2001).

Att leda rehabiliteringsarbetet är ett tema som återkommer i alla intervjuer. I handledarskapet finns ett ledarskap som genom sin

otydlighet försvårar handledning. Tidigare forskning inom arbetsterapi belyser att handledare ofta saknar såväl teoretisk förankring som praktiska färdigheter i den handledning som bedrivs (Hunter & Blair, 1999, Sweeney et al. 2001a). Förutom bristande teoretiska kunskaper och färdighetsträning beskrevs en handledningskultur hos arbetsterapeuterna som motverkade en gynnsam relation med de handledda (Sweeney et al., 2001a). I Sweeney`s studie framkom att ledarrollen i handledning upplevdes som svår att stå för. Det visade sig att handledarna främst ville vara en del i arbetsgemenskapen och inte stå vid sidan av de som man handleder. Konsekvenserna av detta blev en icke-konstruktiv handledarroll där ansvaret för att leda handledningsprocessen inte togs av handledarna utan överläts till mottagarna av handledningen. Handledarna förväntade sig att de handledda skulle ta kontakt när de hade behov av råd och stöd för att hantera ett problem. Schultz et al. (2002) beskriver nackdelen med den vanligt förekommande handledningskultur som grundar sig enbart på efterfrågan eftersom fokus då riktas mot att lösa de ofta akuta problem som finns i en viss situation, på bekostnad av utrymmet till reflektion. Det framkommer i intervjuerna att möten mellan personal och arbetsterapeuter och sjukgymnaster (på grund av tidsbrist) tenderar att kretsa kring att hitta snabba lösningar, med påföljden att reflektionen uteblir. Bland de arbetsterapeuter och sjukgymnaster som har skaffat sig handledarutbildning har man de teoretiska kunskaperna för att se detta men beskriver att man ännu inte förändrat sitt arbetssätt. Det finns således belägg från tidigare forskning för att det är viktigt att handledarna leder handledningsprocessen och aktivt verkar för att skapa situationer, vid sidan av det dagliga arbetet, där en handledande dialog kan ske.

Att finna tid för handledning och att nå ut till all personal i en grupp upplevs bland arbetsterapeuter och sjukgymnaster som ett hinder för att få till en fungerande handledning. I enkätresultatet framkommer det att det inte är någon skillnad på hur effektiv handledningen upplevs beroende på var handledningen sker eller om den sker enskilt eller i grupp. Mot bakgrund av detta kan man ställa sig frågan om grupphandledning är en metod som skulle kunna utvecklas än mer. Fördelarna skulle i så fall vara att fler personer deltar vid samma tillfälle och kan få samma information och utbyta erfarenheter med varandra. Detta förutsätter dock att personalen är aktivt engagerade och att klimatet är tillåtande så att olika åsikter tillåts komma fram. I intervjuerna framkommer att så inte alltid är fallet vilket är ett hinder för att utveckla handledning i grupp. Mot bakgrund av detta och kännedom om tidigare

studier (Melin Emilsson, 2004) har såväl biträdande enhetschefer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster och personalen ett gemensamt ansvar för att diskutera hur man i respektive hemteam kan skapa goda förutsättningar för handledning.

Yrkeskultur har av Lauvås och Handal (1993) beskrivits som en grupps automatiska sätt att tolka och agera i olika situationer. Kultur utvecklas över tid och betraktas efterhand som norm i gruppen. Denna sociala konstruktion styr vardagliga handlingar på bekostnad av medveten reflektion utifrån yrkeskunskap. Resultatet visar att den rådande handledningskulturen har vissa begränsningar. Att reflektionen kring och förståelsen för sin handledarroll ökar hos de personer som genomgått handledarutbildning framkommer vid intervjuerna. Det är viktigt att en fortsatt utveckling sker för att förbättra de teoretiska kunskaperna och att dessa omsätts i praktisk handling. Vare sig arbetsterapeuter eller sjukgymnaster har i sin grundutbildning någon handledarutbildning. Det är därför sannolikt att såväl utbildning och fortlöpande stöd är nödvändigt för att få handledare som är trygga i sina roller och bidrar till att utveckla handledning inom organisationen.

Liksom handledning inom arbetsterapi kan följa en viss kultur kan även de handledda ha en viss kultur som påverkar synen på sitt arbete och samarbetet med handledaren. Det framkommer i intervjuerna att klimatet i hemtjänstgruppen är viktigt för möjligheterna att bedriva en konstruktiv handledning. En arbetsledare uttrycker att hemtjänstgruppen är som en organism, dvs. något som lever enligt vissa villkor och som man måste förstå för att kunna samspela med. Det är viktigt för såväl arbetsledare som handledare att förstå att det är på det viset och kunna anpassa sig för att möta gruppen. Det finns riklig tillgång till stöd för detta inom litteratur som finns, bl.a. kan referenserna till denna studie rekommenderas, men även litteratur om ledarskap och gruppprocesser.

Av intervjuerna framgår att det är viktigt att ha en genomtänkt struktur när man har olika former av möten. Strukturen ska skapa förutsättningar så att mötet fokuseras på det som är viktigt för de personer som deltar. Det gäller såväl förutsättningar för att kunna skapa tydlighet kring de arbetsuppgifter som ska utföras men även att det ges utrymme för vårdpersonalen att ”prata av sig”. På så sätt kan de stödjande och ledande funktionerna i handledning kombineras på ett effektivt sätt. Avsaknad av struktur på möten samt ett ömsesidigt engagemang och ansvarstagande medför att det är tveksamt om handledning överhuvudtaget kan bedrivas

på dessa. I intervjuerna framkommer att arbetsterapeuter och sjukgymnaster tycker att det är chefens ansvar och cheferna tycker att arbetsterapeuter och sjukgymnaster borde ta ett större ansvar för detta. För att "nå fram" till goda samarbetsformer måste det finnas ett gemensamt engagemang och ansvarstagande där gränsdragningsdiskussioner inte tillåts bli ett hinder.

Att genomföra mer utbildningsinsatser diskuteras i samtliga intervjuer. Önskemålet finns hos de biträdande enhetscheferna och ambitionen hos arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Hur långt man hunnit i praktiken tycks variera en del mellan olika team men det är sannolikt ett område där handledarnas kompetens kan tas till vara än mer.

Arbetsterapeuterna återkommer till att diskutera motivation vid flera tillfällen. Hur mycket ska personalen behöva motivera? Det kan kanske handla om att motivera brukare flera gånger per dag under lång tid. Det är en helt annan situation än den som arbetsterapeuten eller sjukgymnasten möter då de inte träffar brukaren med samma intensitet som personalen gör. Vad är rimligt och hur ska personalen göra? Det leder till nya frågor om hur handledarna kan jobba med motivation av såväl brukare som personal och stödja personal att orka ha ett förhållningssätt som kan upplevas påfrestande. Det centrala i värdegrunden är att det är brukarens mål som ska vara utgångspunkt och att brukares och närståendes delaktighet i processen är självklara. Har man lyckats nå fram vad det gäller dessa intentioner borde svårigheten inte ligga i att tydliggöra mål för brukare och närstående. Det är dock sannolikt en viktig uppgift i det rehabiliterande ledarskapet att tydliggöra för personal vilka mål som finns så att alla har en gemensam strävan åt samma håll. Tidsperspektivet är även det viktigt att tydliggöra; hur länge ska vi jobba så här, när ska det följas upp och hur vet vi om det blir bättre? Handledaren har en viktig uppgift att göra detta tydligt och ge återkoppling till personal och brukare. Även personalen har en viktig uppgift i att kunna ge återkoppling till brukare och anhöriga för att motivera. Det är viktigt att personalen får stöd så att de kan göra den återkopplingen.

Som en röd tråd genom handledningslitteraturen löper relationen mellan handledare och handledd och hur denna relation bör vara finns väl beskrivet. Den formella åtgärd som ska lägga grunden för detta är den gemensamma överenskommelsen kring hur samarbetet ska vara upplagt. Vanligen beskrivs denna överenskommelse som ett kontrakt mellan

handledare och handledd (Sweeney et al 2001a, Hawkins & Shohet, 2000, Egan, 1986). Ett kontrakt syftar till att båda parter får uttrycka sin syn på meningen med handledningen, förväntningar, oro, hur man ser på handledningsrelationen samt tydliggöra vilken kunskapsmässig utgångspunkt den handledde har, vad man vill uppnå och hur man konkret ska gå tillväga. Kontraktet ska även innehålla en beskrivning av hur den kommande handledningen ska se ut; hur ofta, hur länge, vad handledningen omfattar och inte omfattar, hur handledaren och den som handleds ska förhålla sig gentemot varandra samt hur och när utvärdering ska ske av de uppgifter som handledningen handlat om. Kontraktet skall ses som ett dynamiskt redskap som ska granskas och omprövas regelbundet av såväl handledare som handledd. Kontraktet är tänkt att skapa trygga och tydliga förutsättningar och möjliggöra för båda parter att ta sina respektive ansvar.

Av intervjuerna att döma så är det inte så vanligt med en gemensam överenskommelse mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster och vårdpersonal vilket medför en obesvarad fråga; vilken betydelse skulle en sådan överenskommelse kunna ha? I vilken mån arbetsterapeuter och sjukgymnaster kan vara tillgängliga för att handleda vårdpersonal är en förutsättning som skulle kunna klargöras, vad handledning i vardagsrehabilitering ska leda till är en annan. Vilket bidrag som förväntas av vårdpersonalen som deltar i handledning. Att delge sina erfarenheter, att berätta hur man tänker och kunna ge förslag samt lyssna till andras idéer. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster beskriver att det finns mycket kompetens hos vårdpersonalen som säkerligen skulle kunna tas till vara på ett bra sätt om man kunde utbyta erfarenheter med varandra. Olika hinder beskrivs som motverkar detta. På möten väljer många att vara tysta och på så sätt lyfts dessa personers erfarenheter inte fram. Detta kan kanske delvis förklaras med att det finns ett icke-tillåtande klimat i vissa grupper där man inte har förmågan att lyssna på andras idéer och lära av varandra. Att förklara detta ligger vid sidan av det som denna studie har belyst men utgör en del av förutsättningarna på den arena där handledningen ska ske. Att lyfta frågan om vad, hur och när handledningssamarbetet ska se ut kan vara en början för att skapa en gemensam syn på vad handledningen ska leda till. Hur man väljer att nå denna överenskommelse i respektive team bör vara upp till respektive team, men den tyngd *Kontraktet* har i handledningslitteraturen ger tydlig vägledning för något som bör utvecklas i Östersunds kommun för att förbättra handledningsarbetet.

I enkäten har handledning inte definierats. Vad handledning är och vad som är en handledningsträff är en ytterst intressant fråga eftersom det är avgörande för vilka förväntningar de olika deltagarna kan ha och vilket resultat som kan förväntas. På vilken nivå detta ska diskuteras och definieras svarar inte denna studie på. Av intervjuerna att döma tillhör det dock undantagen att man på någon enstaka enhet *har* diskuterat och kommit överens om hur vi vill ha det.

Att välja sin handledare har visat sig vara av stor betydelse för vilket förtroende man har till handledaren (Winstanley, 2001) Det faktum att inte någon av de tillfrågade har valt sin handledare väcker frågeställningen; borde inte vårdpersonalen få välja sin handledare? Värdet i att välja sin handledare kan motiveras med att det är mer sannolikt att man lär sig av någon man har förtroende för och att detta sannolikt kan leda till ett mer engagerat och ömsesidigt samarbete. Att förtroendet är viktigt för handledningsrelationen har belysts på olika sätt i denna studie. Möjligheten att välja sin handledare innebär även att den handledde ges makten och ansvaret att välja "rätt" handledare. Vem kan då avgöra vem som är rätt handledare, om handledaren gör ett bra jobb? Det finns en risk att man väljer en handledare som man upplever som trevlig och som brukar hjälpa till med det som efterfrågas. En handledare som ställer krav och konfronterar och inte håller med gruppen kan upplevas som "besvärlig" och någon som man inte får stöd av. Vad som är "rätt" blir då en fråga om att fortsätta som man alltid har gjort eller ett konfronterats med en handledning som innebär att det egna arbetet och tankarna kring det blir föremål för reflektion och ifrågasättande. Detta kan kopplas till balansgången mellan att tillgodose personalens respektive brukarens behov. För att välja ansvarsfullt måste man alltså överblicka vad det är man väljer och förstå handledarens och sin egen funktion. Detta belyser ytterligare betydelsen av tydlighet kring handledningens syfte.

Även om handledaren är skicklig på att handleda och även om det förekommer träffar där personal och handledare är närvarande är det inte tillräckliga förutsättningar för att handledning ska ske. Min uppfattning är att det är tveksamt om detta kan kallas för handledning om inte förutsättningar i form av ostörd miljö och en aktiv och intresserad personalgrupp även läggs till bilden. Ska handledning leda till en professionell utveckling för vårdpersonalen krävs ett gemensamt engagemang och intresse för att nå dit.

Kommunerna har sedan Ädelreformen 1992 ett samlat ansvar för vård och omsorg av äldre och funktionshindrade människor. Hemtjänstarbetet har under det senaste decenniet blivit allt mer komplext som en följd av detta och ställer andra krav på vårdpersonalens kompetens idag (Ellström et al., 2003). Det är mot denna bakgrund och vilken betydelse handledning har för lärande i det dagliga arbetet som handledning måste betraktas. Traditionellt har formell utbildning betraktats som det ”rätta sättet” att skaffa sig kompetens. Det har på senare år skett en förskjutning från den formella utbildningens betydelse för ökad kompetens till en betoning av det informella erfarenhetsbaserade lärandet. Det är här handledning är den potentiellt effektiva metod genom vilken den vardagliga kompetensen kan utvecklas. Det förutsätter dock att alla i handledningen inblandade parter är överens om att det är ett lärande som ska ske, att man vet i vilken riktning lärandet är på väg, samt vetskapen om att det är en långsiktig process.

Reflektion över metod

Denna studie ger inte svar på vilken effekt handledning har i form av bättre vardagsrehabilitering. Valet av metod för denna studie har gjorts utifrån ett antagande att handledning är en komplex företeelse som måste försöka förklaras från flera olika perspektiv. De fem olika personalgrupper som har deltagit i utvärderingen har alla olika perspektiv att betrakta tillvaron utifrån. Valet av metoder har inneburit att de olika resultaten har kunnat jämföras med varandra och därmed berikat varandra och det övergripande resultatet. För kommande studier kan därför ett liknande upplägg rekommenderas.

Utifrån dessa olika perspektiv har slutsatser dragits om hur det förhåller sig för närvarande i Östersunds kommun. Resultatet kan ses som en nulägesbeskrivning mot vilken framtida utvärderingar kan göras. Resultatet ger även vägledning om ytterligare vinklar som är viktiga för att få en ”helhetsbild” av hur handledningsarbetet fungerar.

Fokusgruppintervjun som metod har används för att fånga intervjudeltagarnas upplevelser. Det är en kvalitativ metod som kan ge en ökad förståelse för ett fenomen, i denna studie handledning. I denna studie har även en kvantitativ metod använts i form av ett internationellt validerat instrument, Manchester clinical supervision scale. I såväl

fokusgruppintervjuerna som enkätstudien har deltagarna valts ut genom ett slumpmässigt urval ur den totala populationen. Enkätstudien har genomförts på en relativt stor del av den totala populationen vilket gör att resultatet därifrån kan generaliseras och antas gälla för hela populationen. Till skillnad från kvantitativa metoder är den kvalitativa metodens resultat inte generaliserbart till den totala populationen. Resultatet från fokusgruppintervjuerna kan därför inte läsas som en redovisning av generella fakta. Däremot är de subjektiva upplevelserna sanna för de enskilda personerna och kan ge viktig vägledning till såväl enskilda yrkesutövare som team om faktorer som är viktiga för att skapa goda förutsättningar för handledning.

En utmaning för kommande studier är att finna en metod där effekten av handledning i vardagsrehabilitering kan beskrivas. Mot bakgrund av denna studie verkar det rimligt att en uppföljning av överlåtna arbetsuppgifter skulle kunna ge svar på i vilken grad hemrehabiliterande insatser leder till uppnådda mål.

Avslutning

Ett stort ansvar för handledningsprocessens kvalitet vilar på de enskilda handledarna. Det gäller särskilt det egna agerandet i mötet med de personer som handleds och att föra handledningsprocessen framåt. Inom litteraturen finns stöd för att implementeringen av handledning är en viktig faktor för att skapa den handledning man önskar och att det samtidigt är en process som vanligen förbises. Rehab 2000 påbörjades utan några särskilda åtgärder för att skapa förutsättningar för en strukturerad handledning. Det har medfört att man bland de olika handledarna och i de olika hemteamen fått hitta sina former för hur handledningen ska fungera, och därmed hunnit olika långt. Detta behöver inte leda till att handledningen blir dålig men en del av de otydligheter som kommer fram i denna studie skulle sannolikt kunna undvikas.

Vad är det slutligen denna studie kan ge för rekommendationer för den fortsatta utvecklingen av handledning inom hemrehabilitering?

- Träning för såväl handledare som vårdpersonal är nödvändigt för att parterna ska vara förberedda att samarbeta i handledning.

- Handledningssamarbetet bör göras tydligt i form av en gemensam överenskommelse, om det sker genom ett skrivet kontrakt eller på något annat sätt torde spela mindre roll än att parterna faktiskt har en återkommande dialog om förutsättningarna för det gemensamma arbetet.
- Utveckla arbetet med ordination/instruktion och delegering och följa upp detta. Dessa ”verktyg” är hjälpmedel för att tydliggöra rehabiliteringsinsatser och skapa förutsättningar för personalen att arbeta med rehabilitering.
- Utbildning och fortsatt stöd för handledare. En utbildning i handledningsmetodik är värdefull för handledarna eftersom en teoretisk referensram ger en ökad förståelse det sammanhang man befinner sig i och de metoder som man kan använda sig av. Utöver denna grund är det även viktigt att det finns tillgång till återkommande stöd för att kunna utvecklas i sin handledarroll.

97 personer har deltagit denna studie. Tack till alla för er medverkan!
Jag vill även tacka min handledare Bengt Åkerström, Bodil Evertsson för värdefull hjälp i samband med intervjuerna och Maritha Månsson för bakgrundsuppgifter om hemrehabilsatsningen i Östersunds kommun.

Referenser

- Backman J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur
- Butterwoth T, Faugier J. (Eds.). (1997). *Clinical supervision and mentorship in nursing* (2:a uppl.). Cheltenham:Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- Cutcliffe J. (2001). An alternative training approach in clinical supervision. In Cutcliffe J R, Butterworth T, Proctor B (eds) *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge.
- Ellström E, Ekholm B, Ellström P-E. (2003). *Verksamhetskultur och lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Ham J, Fenech A M. (2002). Continuing professional development for occupational therapy support workers. *British Journal of Occupational Therapy*, 65, 227-228.
- Handal G, Lauvås P. (2000). *På egna villkor – en strategi för handledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawkins P, Shohet R. (2000). *Supervision in the helping professions*. (2:a uppl.)Buckingham: Open university press.
- Hunter E P. Blair S E E. (1999). Staff supervision for occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 62, 344-350.
- Jones A. (1998). Getting going with clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 560-567.
- Krueger R A. (1994). *Focus groups*. California: SAGE Publications.
- Lauvås, Handal. (1993). *Handledning och praktisk yrkesteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg T. (2001). *Redovisning av patientregistrering Rehab 2000 första året*. Östersunds kommun

Martin M. (1996). How reflective is student supervision? *British Journal of Occupational Therapy*, 59, 229-232.

Melin Emilsson U. (2004). *Handledning och lärande – i äldreomsorgens vardag*. Lund: Studentlitteratur

Mosey A C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York, Raven press.

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

Petterson B O, Vahlne L. (1997). *Handledning-ett vårdpedagogiskt verktyg*, Lund: Studentlitteratur.

Proctor B. (2001). Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In Cutcliffe J R, Butterworth T, Proctor B (eds) *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge.

Socialstyrelsen. (2003). *Att arbeta med äldres rehabilitering*. URL [Http://www.sos.se](http://www.sos.se).

Schultz J C, Ososkie J N, Fried J H, Nelson R E, Bardos A N. (2002). Clinical supervision in Public Rehabilitation Counseling. *Rehabilitation counseling bulletin*, 45, 213-223.

Sweeney G, Webly P, Treacher A. (2001a). Supervision in occupational therapy, part 1. *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 337-345.

Sweeney G, Webly P, Treacher A. (2001b). Supervision in occupational therapy, part 3. *British Journal of Occupational Therapy*, 64, 426-431.

Winstanley Julie. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10(4), 7-39.

Winstanley Julie. (2001). Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In Cutcliffe J R, Butterworth T, Proctor B (eds) *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge

Rehabiliterande förhållningssätt

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

Gemensam värdegrund

- Individens mål styr processen
- Individens behov och resurser skall vara utgångspunkten
- Individen är aktiv i processen
- Klart formulerat mål i en handledningsplan
- Närståendes delaktighet är en självklarhet
- Individen erbjuds stödperson
- Individens behov styr teamets sammansättning
- Teamet ansvarar för kontinuerlig uppföljning

2004-04-22



Riktlinjer och prioriteringsordning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom kommunens hemteam

Satsningen på att utveckla hemrehabilitering syftar till att utveckla en väl fungerande rehabilitering i den enskildes *hem- och närmiljö*. I hemmet avser insatserna behandling/träning i syfte att så självständigt som möjligt klara förflyttningar, hygien, klädsel, matsituation och övriga aktiviteter i boendet. Rehabilitering i närmiljön avser insatser så att den enskilde kan vistas ute, klara sina inköp, kunna besöka sina vänner etc. I satsningens intensioner ligger att motverka ökat beroende av hemtjänst genom att utveckla, stärka, och bibehålla förmågor alternativt fördröja försämring.

Uppdrag

- Ett brukarorienterat utvecklingsarbete över huvudmannagränserna
- Inriktning på arbetsuppgifter som medför att brukaren kan utveckla/bibehålla alternativt fördröja försämring av sina förmågor.

2004-04-22

- Omfattar all personal inom hemteamen
- Rehab-satsningen innebär inte utökning av resurser till SÄBO med dygnersättning. **Samma nivå** som innan satsningen skall bibehållas.

Vilka brukare/personer kan bli aktuella för hemteamet mot bakgrund av satsningen på rehabilitering

- Person som efter sjukdom/skada kommer hem från sjukhuset
- Person som själv söker kontakt med hemteamet
- Kontakt med hemteamet från närstående/primärvård/länssjukvård
- Personer som sedan tidigare har insatser från hemtjänsten

Målgrupp

Vuxna (över 20 år) med funktions- och/eller aktivitetsnedsättning som faller inom hemrehab/hemteamets ansvarsområde oavsett om brukaren har insatser från hemtjänsten eller ej.

Vuxna personer som omfattas av LSS (Grupp 2 - bestående och betydande begåvningsmässiga funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranlett av yttre våld eller kroppslig sjukdom och Grupp 3 - andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed omfattande behov av stöd och service) och som beslutats tillhöra personkretsen from 2001-03-01.

Prioritering

Kommunens satsning på hemrehabilitering stämmer väl med prioriteringsbeslutet (se regeringspropositionen 1996/97:60)

2004-04-22

där resurserna i första hand skall riktas mot patienter/brukare inom prioriteringsgrupp 1:

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

I prioriteringsbeslutet ligger även att insatserna riktas mot brukare som utan behandling/träning riskerar att hamna inom grupp 1.

Här föreligger en tolkning mot bakgrund av rehabsatsningens intentioner - att förlora sina förmågor och därmed bli beroende av annans hjälp kan likställas med ett varaktigt invalidiserande tillstånd och är att betrakta som ett tillstånd inom grupp 1.

Prioritering är och kommer alltid att vara en del i arbetet. Behoven av rehabiliterande insatser är större än möjligheten att tillgodose dessa.

Denna prioriteringsordning är fastställd utifrån att samtliga brukare skall kunna erhålla trygghet och säkerhet i sitt boende. Det gäller både det ordinära boendet och det särskilda boendet. Den insatsen kan bestå av uppföljning i samband med hemkomst från sjukhuset, utprovning/anpassning/uppföljning av hjälpmedel, samt anpassning av bostaden.

Prioriteringen bygger vidare utifrån omsorgsnämndens uppdrag att satsa på utveckling av rehabilitering. Rehabiliterande insatser (behandling/träning) i syfte att utveckla funktioner

2004-04-22

och förmågor erbjuds brukare i det ordinära boendet (nivåersättning) före brukare i det särskilda boendet (dygnersättning). Kompensatoriska insatser för brukare i boende med dygnersättning utgår i många fall från målsättningen att brukaren skall kunna bibehålla eller återfå sina förmågor efter ett sjukdoms- eller skadetillfälle. De särskilda boendena skall dock garanteras samma nivå avseende tillgång till specifik rehabkompetens (arbetsterapeut/sjukgymnast) som fanns vid årsskiftet 1999/2000.

Viktigt är att arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom kommunen till MAR lyfter svårigheter, återkommande problem, etiska dilemman genom avvikelshantering och/eller annan kontakt. MAR ansvarar för återföring till omsorgsnämnden för diskussion och eventuella beslut om förändring.

Kommunens hemrehabilitering kan aldrig ersätta eller jämföras med mer specialiserad rehabiliteringsverksamhet som ex. länssjukvårdens rehabenhet Remonthagen. Under vistelsen där, i en eller flera perioder, har patienten möjlighet att utifrån behov samtidigt träffa läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, logoped, psykolog och andra patienter i samma situation.

Satsningen på utvecklad hemrehabilitering vänder sig också till brukare som **inte** har hemtjänst sedan tidigare. Brukaren kan själv ta kontakt med sitt hemteam och har därmed rätt till en bedömning av sina behov. Denna bedömning kan i vissa fall ske per telefon där det kan handla om vägledning för vidare åtgärd.

Inom hemrehab utförs behandling/träning i brukarens hem- och närmiljö, vilket i viss mån begränsar möjligheten till utförande av HSL-insatser. Vissa insatser kan ges genom delegering/ordination till annan personal. I de fall brukaren ej är tillfredsställd, eller när kommunens at/sg gör en bedömning att brukaren borde få tillgång till mer specialiserad/intensiv/tekniskt utvecklad behandling/träning stödjer ansvarig behandlare brukaren genom hjälp till att förmedla kontakt med länssjukvård/primärvård.

Sjukgymnasttjänster finns inom länssjukvård, primärvård och inom kommunen till skillnad från arbetsterapeuttjänster som enbart finns inom länssjukvård och kommun.

Särskilt boende

De särskilda boendena inom kommunen finns både som ersättning i nivå och ersättning med dygnsersättning.

Uppdraget för rehabsatsningen avser boende med nivåersättning. Kommunens planering avseende särskilda boenden är att samtliga boenden successivt skall anpassas för att fungera som ett boende livet ut. De boenden som i dag ej klarar de höga omvårdnadsbehoven ersätts med nivåersättning och kan därför jämföras med det ordinära boendet där det också kan vara svårt att klara de höga omvårdnadsbehoven. Ett boende med dygnsersättning skall klara ett "livet ut" boende även med mycket höga omvårdnadsbehov.

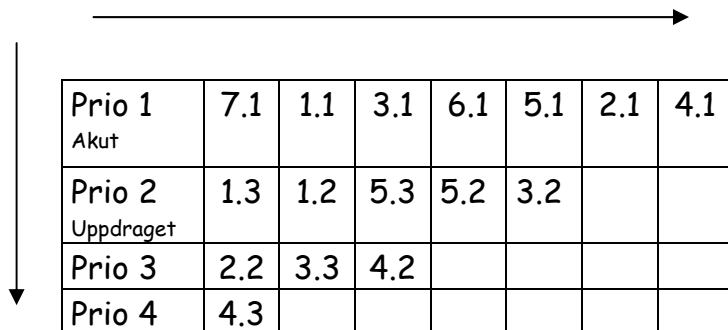
Anhörigvårdare

Människor som ger anhörigomsorg har i sin tur ofta behov av stöd av andra. Situationen kan annars lätt bli alltför tung och påfrestande för den anhörige. Anhöriga riskerar att hamna i en besvärlig situation där andra sidor av deras liv starkt åsidosätts eller faller i träda. Arbetsterapeut/sjukgymnast

2004-04-22

inom kommunens hemteam skall ha kännedom om kommunens anhörigstöd och de stödformer som finns att tillgå, se kommunens broschyr "*Anhörigstöd i Östersunds kommun*". Arbetsterapeut/sjukgymnast informerar/motiverar och stödjer den anhörige att söka kontakt för utredning av behov samt vägledning.

Prioriteringsordning vid aktualisering av nya ärenden samt vägledning i det dagliga arbetet



Prio 1 Akut	7.1	1.1	3.1	6.1	5.1	2.1	4.1
Prio 2 Uppdraget	1.3	1.2	5.3	5.2	3.2		
Prio 3	2.2	3.3	4.2				
Prio 4	4.3						

1. Patienter/brukare som aktualiseras för hemteamet **från länssjukvården, KB** - boende i ordinärt boende (med eller utan hemtjänst)/särskilt boende med ersättning i nivå
 - 1.1 Insatser i förhållande till hemsituationen vid utskrivning som skapar **trygghet/säkerhet** för den boende. Vårdplanering på sjukhuset. **Bedömning** vid förflyttning, personliga aktiviteter. Ordination/instruktion till personal/anhöriga. Hjälpmedelsutprovning/uppföljning.
 - 1.2 Behandling/träning/åtgärd som syftar till att **bibehålla** funktioner/förmågor och därmed graden av självständighet.
 - 1.3 Behandling/träning/åtgärd som syftar till att utveckla

funktioner/förmågor och öka graden av självständighet.

2. Patienter/brukare som aktualiseras för hemteamet från länssjukvården, KB - boende på särskilt boende med dygnsersättning

2.1 Insatser i förhållande till hemsituationen vid utskrivning som skapar **trygghet/säkerhet** för den boende. **Bedömning** vid förflyttning, personliga aktiviteter. Ordination/instruktion till personal/anhöriga. Hjälpmedelsutprovning/uppföljning.

2.2 Behandling/träning/åtgärd som syftar till att förbättring sker så att brukaren **återfår** samma funktion/förmåga och aktivitetsutförande som innan det nya skade- sjukdomstillfället.

3. **Sjukdom/skada som medför nedsatt funktion/förmåga - boende i ordinärt boende (hemtjänst), särskilt boende med ersättning i nivå**

3.1 Insatser i förhållande till hemsituationen som skapar **trygghet/säkerhet** för den boende. **Bedömning** vid förflyttning, personliga aktiviteter. Ordination/instruktion till personal/anhöriga. Hjälpmedels-utprovning/uppföljning.

3.2 Behandling/träning/åtgärd som syftar till att **bibehålla** funktioner/förmågor och därmed graden av självständighet.

3.3 Behandling/träning/åtgärd som syftar till att **utveckla**

funktioner/förmågor och öka graden av självständighet.

4. **Sjukdom/skada som medför nedsatt funktion/förmåga** - boende på särskilt boende med dygnsersättning
 - 4.1 Insatser i förhållande till hemsituationen som skapar **trygghet/säkerhet** för den boende. **Bedömning** vid förflyttning, personliga aktiviteter. Ordination/instruktion till personal/anhöriga. Hjälpmiddels-utprovning/uppföljning.
 - 4.2 Behandling/träning/åtgärd som syftar till att **bibehålla** funktioner/förmågor och därmed graden av självständighet.
 - 4.3 Behandling/träning/åtgärd som syftar till att **utveckla** funktioner/förmågor och öka graden av självständighet.
5. Boende inom hemteamets område **utan insatser från hemtjänsten** - egen kontakt, närstående, primärvården.
 - 5.1 Insatser i förhållande till hemsituationen som skapar **trygghet/säkerhet** för den boende. **Bedömning** vid förflyttning, personliga aktiviteter. Ordination/instruktion till personal/anhöriga. Hjälpmiddels-utprovning/uppföljning.

2004-04-22

5.2 **Behandling/träning/åtgärd som syftar till att utveckla funktioner/förmågor och öka graden av självständighet.**

6. Anhöriga och anhörigvårdare med anhörigbidrag

6.1 Handledning/stöd till anhörigvårdare

7. Vård i livets slut

7.1 Insatser hos patienter vid vård i livets slut

Inom alla prioriteringsgrupper ingår handledning till vårdpersonalen och anhöriganställda som en prioriterad arbetsuppgift.

Behandling/träning/åtgärd = åtgärd kan ex. vara bostadsanpassning, hjälpmedelsutprovning som ej bedöms vara av akut grad.

Arbetets innehåll och ansvar

Sjukgymnast

Grunden för sjukgymnastens förhållningssätt är rörelse. Sjukgymnasten ansvarar för att bedöma, specifikt behandla, träna och stödja brukaren. Målet är att återfå, förbättra, samt bibehålla de fysiska funktioner brukaren behöver i sin vardag.

Arbetsterapeut

Grunden för arbetsterapeutens människosyn är individens behov av aktivitet. Arbetsterapeuten ansvarar för att bedöma, stödja och träna de förmågor brukaren behöver (vill ha) för att klara aktiviteter i vardagen. Målet är att förbättra alternativt bibehålla en för brukaren tillfredsställande grad av oberoende i sitt vardagsliv.

- Arbetsterapeut och sjukgymnast utgår från brukarens egna mål, resurser och behov att fungera i sitt hem med sina närstående och i sin omgivning.
- Utredning och bedömning av funktioner, ADL förmågor och behov av rehabiliterande insatser.
- Beroende av brukarens behov ansvara och/eller medverka i vårdplanering på sjukhuset, korttidsenheten och i hemmet.
- Medverka med hela teamet i fastställande av mål och insatser i brukarens *vårdplaneringsunderlag* som skall vara vägledande för berörda teammedlemmars arbete.

2004-04-22

- Ställningstagande till om insatsen skall ges som ⁵specifik rehabiliteringsinsats (HSL) eller som ⁶vardagsrehabilitering (SOL).

Återkommande bedömningar och uppföljning av delegerade/ordinerade insatser.

- Skapa förutsättningar för egenvård - att brukaren kan ta eget ansvar för sina mål, behandling och träning såväl specifik som i aktivitetsutförandet.
- Insatser av arbetsterapeut/sjukgymnast kan förutom träningsinsatser innebära insatser av mer kompensatorisk art såsom ett för vårdtagaren ändrat arbetssätt, utprovning av tekniska hjälpmedel eller anpassning av bostaden.
- Utbildning/handledning av personal i syfte att utveckla och befästa den gemensamma värdegrunden och utveckla ett rehabiliterande förhållningssätt.
- Mer omfattande träning kan i särskilda fall förekomma under en kortare period.
- Vid samtidiga insatser från andra vårdgivare och huvudmän skall samverkan/samplanering ske. Den kostnadsfria vården av kommunens arbetsterapeuter och sjukgymnaster får inte styra av vem insatserna ges.

⁵ Specifik rehabiliteringsinsats = insats som ges av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast eller som delegerad

⁶ Vardagsrehabilitering = när vårdpersonalen planerar och utför sina insatser på sådant sätt att brukaren ges möjlighet att utveckla och bibehålla sina förmågor.

2004-04-22

- Arbetsterapeut och sjukgymnast inom kommunens hemteam skall ha kännedom om de rutiner och riktlinjer som finns i MAS/MAR pärm samt pärm för Medicintekniska produkter inom kommunen.
- Vi nyanställning och vid mer än ett års ledighet skall efter påbörjat arbete inom två veckor kontakt tas med MAR för bestämmande av tid för möte. Där sker genomgång av aktuellt avseende kommunens strategi för rehabilitering, rutiner, riktlinjer, aktuella utvärderingar/uppföljningar etc.
- Arbetsterapeut/sjukgymnast inom kommunen är skyldig att föra den statistik och andra uppgifter som efterfrågas av MAR/utvecklingsinspiratör
- Arbetsterapeut/sjukgymnast inom kommunen är skyldig att kontinuerligt minst en gång per vecka avläsa meddelande i kommunens rehabkonferens på Zonline.
- Arbetsterapeut/sjukgymnast inom kommunen skall delta vid gemensamma AT/SG möten om inte särskilt skäl föreligger.

Arbetsterapeut och sjukgymnast utför inte

- friskvård, behandling eller träning för anställd personal
- yrkesrehabiliterande insatser eller arbetsplatsbesök
- för sjukgymnast gäller att behandlingsåtgärder som kan ske polikliniskt och/eller ej är en förutsättning för att hemrehabiliteringsinsatser ska fungera (ex massage eller akupunktur, lymfdränage)

Maritha Månsson
MAR/Utvecklingsinspiratör

2004-04-22

Manchester clinical supervision scale

Julie Winstanley

Svensk översättning av Magnus Zingmark

Mot bakgrund av dina erfarenheter av att få handledning av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast, vänligen markera i vilken utsträckning följande 36 påståenden stämmer överens med din erfarenhet.

Markera det svarsalternativ du tycker stämmer bäst.

1= Överensstämmer inte alls, 2= Håller inte med, 3= Ingen åsikt, 4= Håller med, 5= Överensstämmer helt

	1	2	3	4	5
1 Annan arbetsbelastning ”krockar” med tid för handledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Det är svårt att finna tid för handledning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Handledningsträffar är inte nödvändiga/löser inga problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tid som ägnas åt handledning tar mig bort från mitt ordinarie arbete i vården.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vid handledningsträffarna får jag tillfälle att prata av mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Att lägga tid på handledningsmöten kan leda till ökad arbetstakt/press i arbetet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Jag tycker handledning tar mycket tid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Min handledare ger mig stöd och uppmuntran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Handledning löser inte personliga frågor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Handledningsmöten är påträngande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Handledning ger mig tid till reflektion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Problem i arbetet kan hanteras på ett konstruktivt sätt under handledningsträffar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Handledningsträffar underlättar reflektion över mitt arbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Om det är något som jag inte förstår finns det alltid någon som jag kan fråga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Min handledare kan ge en opartisk åsikt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Jag kan diskutera känsliga ämnen som jag möter i arbetet med min handledare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Att ha någon utomstående att prata med om personliga frågor är till stor hjälp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Mina handledningsträffar är en viktig del av mina arbetsrutiner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Min handledare är aldrig tillgänglig när han/hon behövs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Jag lär av min handledares erfarenheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Det är viktigt att skapa tid för handledningsträffar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Min handledare hjälper mig med värdefulla råd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23	Min handledare är mycket öppen mot mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Möten med min handledare breddar mina kunskaper i arbetet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Handledningsmöten är inte nödvändigt för erfaren/ordinarie personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Min handledare försöker avstyra mig från att ställa känsliga frågor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Min handledare har ett överlägset sätt vid våra möten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Handledning är endast för nyutbildade/oerfaren personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Handledning gör mig till en bättre yrkesutövare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Utan handledning skulle kvalitén på vården försämrans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Handledning motiverar personalen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Jag upplever minskad stress efter möten med min handledare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Handledning förbättrar kvalitén på den vård jag ger till mina patienter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34 Jag kan utveckla min yrkesskicklighet genom handledning.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

35 Min handledare erbjuder mig vägledning i patientarbetet.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

36 Genom att få handledning tycker jag att kvalitén på den vård som jag ger förbättras.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Om dig själv

Kön man kvinna ålder

Yrke undersköterska vårdbiträde

Arbetsgivare

Östersunds kommun Carema/Riksbyggen

Hur länge har du arbetat på ditt nuvarande arbete

< 1 år 1-2 år 3-5 år >5 år

Brukar du handleda andra Ja Nej

Om din handledare

Kön man kvinna

Yrke arbetsterapeut sjukgymnast
 jag handleds av båda yrkeskategorierna

Har du själv valt din handledare ja nej

Hur ofta har du kontakt med din handledare i ditt arbete

dagligen varje vecka varannan vecka
 varje månad aldrig

Om din handledning

Hur länge har du fått handledning () år () månader

Hur ofta får du handledning

- dagligen varje vecka varannan vecka
 varje månad varannan månad annat

Var får du handledning

- i brukarens hem på annan plats
 båda alternativen förekommer

Är handledningen

- enskild i grupp båda alternativen förekommer

Hur lång tid är vanligen ett handledningstillfälle

- < 15 min 15-30 min 30-45 min 45-60 min >60 min

Tack för din medverkan!

Frågeställningar för fokusgruppintervju med AT/SG

Öppningsfråga(besvaras av alla)

Hur många arbetslag och ungefärligt antal personer handleder ni?

Introduktionsfrågor

Vad kännetecknar handledarrollen?

- upplevs rollen tydlig?
- finns det likheter eller skillnader mellan rollen som AT/SG och rollen som handledare?

Hur är era förutsättningar att arbeta med handledning?

- egna förutsättningar, kunskaper, erfarenhet, intresse, motivation
- förutsättningar i teamet och arbetslaget, tid till förfogande, lärandeklimat
- är det något som borde vara annorlunda?

Nyckelfrågor

Handledning är en metod för att höja kvalitén på vardagsrehabilitering. Utgångspunkten är att den enskilde brukarens behov av rehabilitering bl.a. ska tillgodoses av vårdpersonal. Detta innebär att vi i handledning arbetar med två fokus; ett på brukaren och ett på vårdpersonalen. Hur är det att arbeta med detta delade fokus?

- talar ni och personalen samma språk, förstår ni varandra?
- hur vet ni att brukarens behov tillgodoses som det var tänkt?
- vad är viktigt i handledningsmötet, förhållningssättets betydelse för relationen med dem som handleds?

Fokus på vårdpersonalen handlar ju bland annat om att främja deras yrkesmässiga utveckling. Hur ser ni på handledning som ett sätt att arbeta med kompetensutveckling?

- vad är kompetens i vardagsrehabilitering?
- att vara pedagog
- att ge personligt stöd
- hur förhåller ni er för att skapa förståelse för vad vardagsrehab innebär och motivera till ett rehabiliterande förhållningssätt?

(Att vara kompetent kan förklaras med att ha kunskaper, erfarenheter och färdigheter för ett område och samtidigt vara motiverad och tro på det man gör. Detta medför att kompetensutveckling handlar såväl om att få nya praktiska kunskaper som att utvecklas som person.)

Handledning beskrivs vanligen i litteraturen som en ömsesidig process mellan handledare och den som handleds. Ett gemensamt arbete är viktigt för att komma fram till formerna för handledning och vad handledningen skall leda till. Det kan gälla var och när vi ska träffas, hur lång tid, vilken typ av frågor kan tas upp för handledning av AT/SG. Baseras handledning på efterfrågan d.v.s. enbart när behov föreligger eller är handledning en återkommande rutin? Är handledaren och de som handleds medvetna om syftet med handledning? Hur har formerna för handledning diskuterats på din enhet?

- Finns någon struktur?
- Är det en ömsesidig överenskommelse?
- Vad lär ni er som handledare av de ni handleder?

Avslutande frågor

Efter sammanfattning.....

Är det något vi har missat, något att tillägga?

Fokusgruppintervju med biträdande enhetschefer 050510

Öppningsfråga

Var är du arbetsledare och hur många personer är du arbetsledare för?

Introduktionsfrågor

Hur ser ni på handledning?

Vilken funktion fyller handledning?

Hur ser ni på lärande i arbetet?

Sammanfatta syn på handledning

Nyckelfrågor

Vad är AT/SG:s roll?

Vad är personalens roll?

- Vilken kompetens är viktig för hemrehabilitering?

Vad är er roll?

Hur är förutsättningarna för att arbeta med handledning hos er?

Avslutning

Alla får en sista kommentar.

