

ÖVERLÅTELSE OCH KOMMUNIKATION AV
REHABILITERINGSINSATSER
I GRÄNSLANDET MELLAN SOCIALTJÄNSTLAGEN
OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN

Magnus Zingmark

RAPPORT NR 2008:4 I FOU JÄMETS RAPPORTSERIE

**ÖVERLÅTELSE OCH KOMMUNIKATION AV REHABILITERINGSINSATSER
I GRÄNSLANDET MELLAN SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN**

MAGNUS ZINGMARK
© FÖRFATTAREN OCH FOU JÄMT

ISSN 1651-7253

FÖRORD

Utförandet av specifika och allmänna rehabiliteringsinsatser skall hela tiden ha brukarens behov i centrum. Det är därför av yttersta vikt att insatsers genomföranden bygger på en god kommunikation mellan de olika professioner som är involverade.

I denna rapport har Zingmark studerat och visat på hur denna kommunikation som arbetsterapeuter och sjukgymnaster har med vård- och omsorgspersonal i handledande syfte, ser ut, när det gäller uppföljning av hur rehabiliteringsinsatser överläts och kommuniceras inom äldreomsorgen. En intressant slutsats i rapporten är att insatser som omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen har större tyngd och genomförs i större utsträckning än rehabiliteringsinriktade insatser enligt Socialtjänstlagen.

FoU medel har beviljats av FoU-rådet för FoU Jämt och handledning har genomförts av Marianne Westring - Nordh, Forskningsledare och Catharina Höijer Forskningsledare och chef på FoU Jämt.

SAMMANFATTNING

Mot bakgrund av den ökade andelen äldre i befolkningen under de kommande decennierna förutspås en ökad efterfrågan på vård och omsorg. För personer som har svårigheter att klara av vardagsaktiviteter p.g.a. sjukdom eller skada är en väl fungerande rehabilitering viktig för att dessa så långt det är möjligt ska bibehålla eller återfå sina funktioner och förmågor. Detta har även framhållits som ett viktigt utvecklingsområde. I Östersunds kommun är handledning och utbildning av vårdpersonal inom äldreomsorgen prioriterade arbetsuppgifter för att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt inom verksamheten. Rutiner har utvecklats för att säkra kvalitén på arbetet med hur rehabiliteringsinsatser överläts och kommuniceras till vårdpersonal. Arbetet med rehabiliteringsinsatser har tydliggjorts genom att definiera vad som ska betraktas som specifik rehabilitering (HSL) respektive allmän rehabilitering (SoL). Studiens syfte var att följa upp hur rehabiliteringsinsatser överläts och kommuniceras mellan arbetsterapeut respektive sjukgymnast och vårdpersonal inom äldreomsorg, samt att beskriva hur handledning förekommer i denna process. I denna studie används två metoder. I en kvantitativ del sammanställs och analyseras ordinationer som överläts samt instruktioner som kommunicerats från arbetsterapeut eller sjukgymnast till vårdpersonal. I en kvalitativ del har arbetsterapeuters och sjukgymnasters upplevelser av att arbeta med att överläta och kommunicera rehabiliteringsinsatser belysts. Materialet för denna del utgjordes av referat från två fokusgruppintervjuer, en med respektive yrkeskategori. I resultatet framkommer att ordinationer huvudsakligen används av sjukgymnaster och instruktioner av arbetsterapeuter. Tiden för handledning är vanligen en timme eller mindre och pågår vanligen upp till två veckor. De målsättningar som redovisades var överlag vaga eller otydliga. Resultatet från den kvalitativa delen belyser en skillnad mellan det teoretiska resonemanget kring hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster vill att det ska vara och de rutiner som finns, vilka inte alltid stämmer överens med den praktiska vardagen. HSL-insatser tycks ha en större ”tyngd” vilket medför att de utförs i högre grad än rehabiliteringsinriktade SoL-insatser. I praktiken påverkar flera faktorer, däribland arbetsterapeutens och sjukgymnastens ställningstagande, om en rehabiliteringsinsats är att betrakta som allmän eller specifik.

INNEHÅLL

INLEDNING	8
SPECIFIK REHABILITERING	10
ALLMÄN REHABILITERING (VARDAGSREHABILITERING)	10
SYFTE	10
FRÅGESTÄLLNINGAR	11
METOD	12
PROTOKOLLSTUDIEN	12
<i>Undersökningsgrupp och Material</i>	12
<i>Procedur</i>	12
<i>Dataanalys</i>	13
FOKUSGRUPPINTERVJUSTUDIEN	14
<i>Undersökningsgrupp</i>	14
<i>Procedur</i>	14
<i>Analys</i>	14
RESULTAT	15
RESULTAT OCH ANALYS PROTOKOLLSTUDIEN	15
<i>Fördelning av insamlat material</i>	15
<i>Tid för handledning</i>	15
<i>Handledningens varaktighet</i>	16
<i>Målområden</i>	17
<i>Målsättnings tydlighet</i>	18
<i>Slutsatser protokollstudien</i>	19
RESULTAT OCH ANALYS FOKUSGRUPPINTERVJU	19
<i>Det teoretiska resonemanget</i>	19
<i>Den praktiska vardagen</i>	21
<i>Slutsatser fokusgruppstudien</i>	26
DISKUSSION	27
DIREKTA BEHANDLINGSINSATSER	27
ARBETSTERAPEUTENS OCH SJUKGYMNASTENS VAL	28
MÅLET MED REHABILITERINGEN	29
HANDLEDNINGENS BETYDELSE	30
METODDISKUSSION	31
AVSLUTANDE KOMMENTAR	32

<i>Utförandet av specifika och allmänna rehabiliteringsinsatser.</i>	<i>32</i>
<i>Rehabiliterande ledarskap</i>	<i>32</i>

REFERENSER 34

BILAGA 1 MANUAL FÖR UPPFÖLJNING AV SPECIFIKA REHABILITERINGSINSATSER OCH
ALLMÄNNA REHABILITERINGSINSATSER /VARDAGSREHABILITERING

BILAGA 2 UPPFÖLJNING AV ORDINATION/HSL-INSATS

BILAGA 3 UPPFÖLJNING AV INSTRUKTION/SOL-INSATS

BILAGA 4 FRÅGEGUIDER

INLEDNING

Den demografiska utvecklingen inom såväl Sverige som övriga EU-länder pekar på en kraftigt ökad andel äldre inom befolkningen under de kommande decennierna (Sveriges kommuner och landsting, 2006). Detta medför enligt många bedömare att efterfrågan på vård och omsorg för äldre kommer att öka. För äldre som grupp är nedsatt förmåga att klara av vardagliga aktiviteter vanligt förekommande (Gill, Desai, Gahbauer, Holford & Williams, 2001) något som blir vanligare med stigande ålder (Dunlop, Hughes & Manheim, 1997). Rehabiliteringsinsatser syftar till att så långt det är möjligt stödja den enskilde att utveckla eller att bibehålla sina förmågor att klara av betydelsefulla aktiviteter. Tidigare uppföljningar inom svensk äldreomsorg har visat på brister när det gäller i vilken grad äldres behov av rehabilitering tillgodoses (Socialstyrelsen, 2001) och att rehabilitering inte är en integrerad del av vården och omsorgen om de äldre (Socialstyrelsen, 2003). I Socialstyrelsens lägesrapport 2006 (Socialstyrelsen, 2007) konstateras att det sannolikt går att öka effektiviteten i vården, däribland rehabilitering inom kommunal äldreomsorg.

Att utveckla rehabilitering är ett av fyra områden som prioriteras inom ramen för regeringens särskilda satsning på äldre (Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg av äldre 2006-2008). Kommuner och landsting har under dessa år haft möjligheten att söka medel för att utveckla sin verksamhet. Intresset för denna satsning pekar mot att rehabilitering är något som landets kommuner nu strävar efter att utveckla. Bland de 80 procent av kommunerna som beviljats medel, för att utveckla rehabilitering, är rekrytering av arbetsterapeuter (AT) och sjukgymnaster (SG) den vanligaste inriktningen (Socialstyrelsen, 2007).

Tillskottet av arbetsterapeuter och sjukgymnaster anses vara betydelsefullt bl.a. genom att vårdpersonal kan erbjudas handledning och utbildning på områden som rehabiliterande förhållningssätt, förflyttningsteknik och fallprevention. Det finns förhoppningar att detta arbetssätt har flera positiva effekter – personalen får en höjd kompetens, vården förbättras i en rehabiliterande inriktning, personalen får mer kvalificerade arbetsuppgifter något som i sin tur kan göra att yrket får högre status (Socialstyrelsen, 2007). I Östersunds kommun är handledning och utbildning av vårdpersonal inom äldreomsorgen prioriterade arbetsuppgifter för att utveckla ett rehabiliterande arbetssätt inom verksamheten (Östersund, 2007a).

Litteraturen på handledningsområdet är omfattande och det finns en stark tilltro till de positiva effekter som handledning har (Butterwoth & Faugier, 1997, Cutcliffe, 2001, Handal & Lauvås, 2000, Hawkins & Shohet, 2000). För att handledning ska leda till ett lärande och en ökad kompetens, krävs att handledningen pågår under lång tid så att de som handleds ges möjlighet att vid upprepade tillfällen pröva nya kunskaper och reflektera över sitt arbete (Melin Emilsson, 2004). Denna process är beroende av flera faktorer. Handledarens kompetens och förhållnings-sätt gentemot de som handleds är en sådan faktor, vårdpersonalens vilja att ta till sig nya arbetsuppgifter en annan men även organisatoriska förutsättningar såsom att det finns forum för handledning har stor betydelse. Ett utvecklingsområde som särskilt lyfts fram är hur rehabiliteringsinsatser överläts till vårdpersonal (Zingmark, 2006).

I den kommunala äldreomsorgen befinner sig rehabiliteringsinsatser i ett ”gräns-land” mellan lagar; Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), från vilken arbetsterapeuter och SG arbetar, och Socialtjänstlagen (SoL) som ligger till grund för de biståndsbe-slut som hemtjänstens insatser utgår ifrån (Månsson, 2007). I Östersunds kommun har rutiner utvecklats för att säkra kvalitén på arbetet med hur rehabiliteringsinsat-ser överläts och kommuniceras till vårdpersonal och hur dessa följs upp. Dessa gäller specifika rehabiliteringsinsatser, vilka överläts utifrån HSL, och allmänna rehabiliterande insatser, vilka kommuniceras utifrån SoL, se tabell 1. Genomgående i denna rapport används begreppen ”överlåtelse” och ”kommunikation” av rehabi-literingsinsatser. Överlåtelse av rehabiliteringsinsatser används för rehabiliteringsin-satser som är specifika och därmed ligger inom ramen för HSL. ”Kommunikation” av rehabiliteringsinsatser används när arbetsterapeuter och sjukgymnaster tydliggör hur utförandet av allmänna rehabiliteringsinsatser som ligger inom ramen för SoL bör ske.

TABELL 1. SKILLNADER MELLAN HUR HSL-INSATSER OCH SOL-INSATSER NAMNGES, PÅ VILKET SÄTT DE KOMMUNICERAS FRÅN AT/SG TILL VÅRDPERSONAL OCH VILKEN YRRESKATEGORI SOM ANSVARAR FÖR UPPFÖLJNING I ÖSTERSUNDS KOMMUN.

	HSL	SoL
Typ av insats	Specifik rehabilitering	Allmän rehabilitering
Kommunikationssätt	Ordination	Instruktion
Uppföljningsansvar	AT/SG	Chef som är ansvarig för utförande av SoL-insatser

Begreppen har inom Östersunds kommun definierats enligt följande (Östersunds kommun, 2007b);

SPECIFIK REHABILITERING

Är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också om den aktuella sjukdomen, skadan och den behandling/träning som utvecklar, återvinner och bibehåller funktionsförmågan. Specifik rehabilitering utförs av arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Vid överlåtelse av arbetsuppgifter till annan personal sker detta genom skriftlig delegering och/eller ordination. Arbetsterapeut och sjukgymnast är ansvarig för överlåtelse och uppföljning av dessa insatser.

ALLMÄN REHABILITERING (VARDAGSREHABILITERING)

Är oberoende av sjukdom och kan utföras av all personal. Arbetet utgår från ett rehabiliterande förhållningssätt vilket kan ses som ett utvecklat metodarbete utifrån Socialtjänstlagen. Information om hur en insats bör utföras kan kommuniceras från AT/SG i form av en skriftlig eller muntlig instruktion. Planering och utförande sker på ett sådant sätt att brukaren ges möjlighet att bibehålla funktionsförmåga.

SYFTE

Studiens syfte var att följa upp hur rehabiliteringsinsatser överläts och kommuniceras mellan AT/SG och vårdpersonal inom äldreomsorg, samt att beskriva hur handledning förekommer i denna process.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Hur har rehabiliteringsinsatser överläts och kommunicerats?

Hur formuleras målsättningar med rehabiliteringsinsatser?

Vilken tid och omfattning tar handledningsarbete som är relaterat till dessa insatser?

Hur upplever arbetsterapeuter och sjukgymnaster arbetet med att överlåta och kommunicera rehabiliteringsinsatser till vårdpersonal?

METOD

För denna studie har två metoder använts, en kvantitativ och en kvalitativ. För den kvantitativa delen har ett protokoll fyllts i av arbetsterapeut respektive sjukgymnast för att samla in data över de HSL respektive SoL-insatser som överlåtits alternativt kommunicerats under uppföljningsperioden. I den kvalitativa delen har två fokusgruppintervjuer genomförts, en med arbetsterapeuter och en med sjukgymnaster. Innehållet i intervjuerna berörde olika aspekter av hur arbetsterapeuter respektive sjukgymnaster upplevde arbetet med att överlåta och kommunicera rehabiliteringsinsatser till vårdpersonal.

PROTOKOLLSTUDIEN

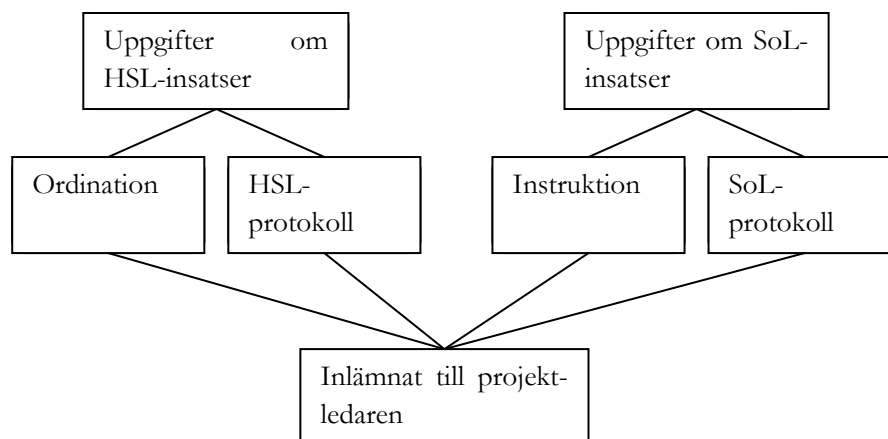
UNDERSÖKNINGSGRUPP OCH MATERIAL

I Östersunds kommun arbetar 25 arbetsterapeuter och 24 sjukgymnaster inom hemrehabilitering och särskilt boende. Undersökningsgruppen var arbetsterapeuter och sjukgymnaster som överlät och/eller kommunicerade HSL insatser och SoL insatser till vårdpersonal. Materialet omfattade 22 ordinationer och 12 instruktioner som gällde insatser för brukare inom ordinärt och särskilt boende. Datainsamlingen pågick två månader under tiden 070416 – 070615.

PROCEDUR

Arbetsgången för datainsamlingen illustreras i figur 1. Data har insamlats av 9 arbetsterapeuter och 7 sjukgymnaster enligt en manual (bilaga 1). För varje insats som överlåtits som en ordination alternativt kommunicerats som en instruktion har en avidentifierad kopia av dessa handlingar sammanställts med ett medföljande protokoll för HSL (bilaga 2) respektive SoL (bilaga 3). Därefter skickades materialet in till projektledaren. Inför uppföljningsperioden har arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna informerats om studiens upplägg i samband med AT/SG-träffar (ett tillfälle) samt via en gemensam webbaserad konferens (två tillfällen). Samma informationskanaler har använts för att påminna om den pågående datainsamlingen under uppföljningen vid ett tillfälle vardera. Under uppföljningen framkom att

flera arbetsterapeuter och sjukgymnaster inte skickade in material till studien. En orsak som angavs var för hög arbetsbelastning. Detta medför att antalet ordinationer och instruktioner som redovisas sannolikt inte motsvarar det faktiska antal som har förekommit under den angivna perioden. Metoden har inte möjliggjort någon bortfallsanalys.



FIGUR 1. FLÖDESSCHEMA SOM BESKRIVER VILKA UPPGIFTER SOM SAMLADES IN AV AT/SG OCH LÄMNADES ÖVER TILL PROJEKTLEDAREN.

DATAANALYS

Det insamlade materialet sammanställdes utifrån frekvenser av antalet ordinationer och instruktioner som överlätits eller kommunicerats av arbetsterapeuter respektive sjukgymnaster, till särskilt boende respektive ordinärt boende samt genom individuell handledning respektive grupphandledning. Vidare sammanställdes den uppskattade tiden för handledning och varaktigheten av handledning. Målsättningar sammanställdes genom en lista över förekommande målområden samt genom en analys av målens tydlighet. Denna analys utgick från i vilken grad målen var avgränsade, mätbara och tidsbestämda. Detta resulterade i en gruppering av; tydliga mål, vaga mål samt otydliga mål.

FOKUSGRUPPINTERVJUSTUDIEN

UNDERSÖKNINGSGRUPP

Inför varje fokusgruppintervju inbjöds 8 deltagare. För att intervjudeltagarna skulle ha erfarenhet av att ha arbetat med överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser inom kommunen valdes personer som hade arbetat mer än ett år inom kommunen. Intervjun med arbetsterapeuter genomfördes med 6 deltagare och intervjun med sjukgymnaster med 4 deltagare. Intervjun pågick under 90 minuter i en av FoU-Jämts lokaler. Deltagarna satt runt ett bord där det fanns frukt och dryck att tillgå under intervjun. Samtliga intervjudeltagare var aktiva under intervjun. I intervjun med sjukgymnasterna var en av deltagarna tvungen att gå halvvägs in i intervjun.

PROCEDUR

Fokusgruppintervjuerna genomfördes med utgångspunkt av en frågeguide (bilaga 4).

Intervjuerna som spelades in på band genomfördes av projektledaren. Genom upprepad avlyssning sammanställdes ett referat av intervjuerna vilket skickades ut till deltagarna via e-post. Deltagarna gavs möjlighet att lämna kommentarer och förtydliganden. Tre kommentarer inkom som gällde förtydliganden av uttalanden som skett under intervjuerna. Dessa lades till det ursprungliga referatet som sedan utgjorde det material som analyserades.

ANALYS

Materialet analyserades med inspiration från en metod som utvecklats av Lindseth & Norberg (2004). Referaten lästes igenom vid upprepade tillfällen för att nå en god kännedom om materialet. Anteckningar fördes utifrån meningsbärande enheter som framkom i referaten. Utifrån hur ofta olika meningsbärande enheter diskuterades och vilket känslomässigt engagemang intervjudeltagarna gjorde uttalanden med valdes vissa meningsbärande enheter ut (Kreuger, 1994). Meningsbärande enheter som hade ett liknande innehåll sammanfördes i teman. Genom detta tillvägagångssätt tydliggjordes 8 olika teman som sedan grupperades i två kategorier. Dessa var; Det teoretiska resonemanget och Den praktiska vardagen. Ytterligare genomlyssning av ljudupptagningarna gjordes och citat valdes ut.

RESULTAT

RESULTAT OCH ANALYS PROTOKOLLSTUDIEN

FÖRDELNING AV INSAMLAT MATERIAL

Under uppföljningsperioden inkom 22 ordinationer och 12 instruktioner vars fördelning illustreras i tabell 2. Det framkommer att SG i markant högre grad har ordinerat insatser jämfört med AT. När det gäller kommunikation av allmänna rehabiliteringsinsatser är förhållandet det omvända där det nästan uteslutande är AT som använder sig av den metoden.

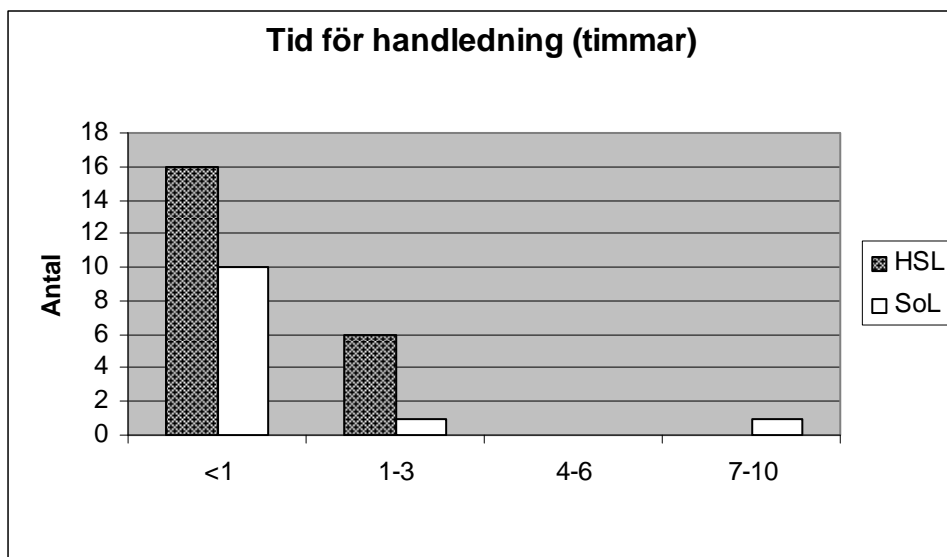
Ordinationer framgick uteslutande av en ordinationsblankett och instruktioner kommunicerades via instruktionsblankett (4), löpande anteckningar (1) samt olika kombinationer av skriftlig och muntlig information (7).Handledning i grupp angavs som den vanligaste handledningsformen (15 HSL/11 SoL) vilket kan jämföras med individuell handledning (7 HSL/1 SoL).

TABELL 2. SAMMANSTÄLLNING ÖVER HUR REHABILITERINGSINSATSER FÖRDELADES MELLAN HSL OCH SoL, ORDINÄRT OCH SÄRSKILT BOENDE OCH I VILKEN OMFATTNING AT RESPEKTIVE SG ÖVERLÄT SPECIFIKA REHABILITERINGSINSATSER (HSL) ALTERNATIVT KOMMUNICERADE REHABILITERINGSINSATSER INOM RAMEN FÖR SoL.

	HSL	SoL
Ordinärt boende	11	9
Särskilt boende	11	3
AT	3	10
SG	17	1
AT/SG tillsammans	2	1

TID FÖR HANDLEDNING

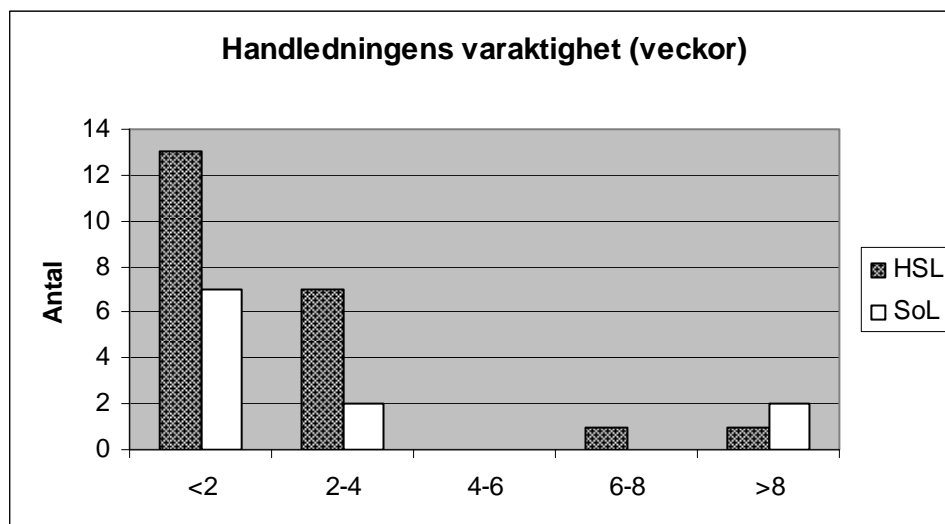
För varje insats som AT eller SG har överlåtit eller kommunicerat till vårdpersonalen har en uppskattning gjorts av den ungefärliga tiden för handledning av vårdpersonal. Denna uppskattning visar att handledningen i de flesta fall tar liten tid i anspråk såväl när det gäller HSL-insatser som SoL-insatser. Detta framgår av figur 2.



FIGUR 2. ILLUSTRERAR TIDSÅTGÅNGEN FÖR HANDLEDNING SOM AT/SG HAR ANGETT FÖR HSL-INSATSER (N= 22) RESPEKTIVE SOL-INSATSER (N=12).

HANDLEDNINGENS VARAKTIGHET

På samma sätt som för ”Tid för handledning” har AT/SG uppskattat under hur lång tid handledning har pågått för respektive insats. Med detta avsågs tiden från det att en insats påbörjades till dess AT/SG bedömde att ytterligare handledning inte behövdes. Det framkommer att handledning vanligen pågår under de närmaste veckorna efter det att en insats har aktualiserats. Det är endast i ett fåtal ärenden som handledningen pågår längre än fyra veckor, vilket illustreras i figur 3.



FIGUR 3. ILLUSTRERAR VILKEN VARAKTIGHET HANDLEDNINGEN HADE FÖR HSL-INSATSER (N= 22) RESPEKTIVE SOL-INSATSER (N=12).

MÅLOMRÅDEN

När AT/SG har ordinerat eller kommunicerat en insats har målet med insatsen angivits. När det gäller HSL-insatser var målen vanligen inriktade på att förbättra eller bibehålla specifika fysiska funktioner. Målet med SoL insatser gällde vanligen att stödja individens förmåga i aktiviteter bland annat genom att använda sig av ett visst bemötande. För vissa ordinationer och instruktioner angavs flera målområden. De målområden som angivits framgår av tabell 3. Bortfallet var 2 instruktioner som därför inte finns med i sammanställningen.

TABELL 3. HUR MÅLSÄTTNINGAR FÖRDELADES INOM OLIKA MÅLOMRÅDEN.

Målområde	HSL	SoL
Dusch		3
Gångförmåga	5	1
Förflyttningar	1	2
Ståförmåga	1	
Handfunktion	5	
Armfunktion	6	
Benfunktion	5	
Smärtlindring	1	
Muskeltonus	1	
Ta på axelslynga		1
Bemötande		3

MÅLSÄTTNINGARS TYDLIGHET

De inlämnade ordinationerna och instruktionerna har grupperats efter deras grad av tydlighet. För att bedöma målens tydlighet har utgångspunkten varit att se i vilken grad respektive målformulering gav svar på frågan om vad brukaren skulle uppnå och när. Av de 22 ordinationerna var 13 tidsbestämda, 3 gällde ”tills vidare” och återstående 9 saknade uppgift om under hur lång tid insatsen skulle fortgå.

Tydliga mål

Till denna kategori hör ett mål som är tidsbestämt samt enkelt går att avgöra om det har uppnåtts eller inte. Detta mål formulerades ”Klara av att gå inomhus utan rollator”.

Vaga mål

Fjorton målsättningar ger beskrivningar såsom att insatsen ska lindra smärta, motverka försämring, bibehålla rörlighet och förbättra styrka. Dessa mål är mätbara om eventuella framsteg ställs i relation till ett tydligt initialt status eller brukarens självskatting. Exempel på mål var; ”Bibehålla rörlighet i hand/arm/fingrar”, ”Förbättra styrkan och koordinationen – hö höft/ben” och ”Minska risken för förkortad muskulatur och därmed bibehålla sträckförmågan i höften. Bibehålla stå/gångförmåga”. För att veta om målet har uppnåtts eller i vilken grad som målet är på väg att uppnås krävs en bedömning av arbetsterapeut och sjukgymnast och fortlöpande feedback till vårdpersonalen.

Otydliga mål

Sjuttion mål är alltför allmänt skrivna för att det ska gå att avgöra vad det är som brukaren ska uppnå. Exempel är när målsättningen är; ”att bibehålla och/eller utveckla förmåga”, ”att komma igång efter fraktur”, ”att duscha så självständigt som möjligt” eller att ”vara så delaktig som möjligt”. I denna grupp ingår även mål som samtidigt fokuserar på olika komponenter enligt klassificeringen i ICF (WHO, 2007) t.ex. ”att återfå kondition och styrka (kroppsfunktioner och strukturer) samt bli självständig i promenader (aktiviteter och delaktighet)”.

SLUTSATSER PROTOKOLLSTUDIEN

Ordinationer skrevs huvudsakligen av sjukgymnaster.

Instruktioner skrevs huvudsakligen av arbetsterapeuter.

Grupphandledning var den vanligaste formen för handledning.

Den tid under vilken handledning har skett var vanligen upp till en timme.

Varaktigheten var vanligen två veckor eller mindre.

Målsättningar var överlag vaga eller otydliga.

RESULTAT OCH ANALYS FOKUSGRUPPINTERVJU

Resultatet presenteras utifrån kategorierna - **Det teoretiska resonemanget** och **Den praktiska vardagen**.

DET TEORETISKA RESONEMANGET

Rehabilitering som en del av omvårdnaden

Intervjudeltagarna återkommer genomgående till att det bästa är när det är möjligt att låta rehabiliteringsinsatser vara en naturlig del av det dagliga omvårdnadsarbetet. Sjukgymnasterna framhåller att sådant som är viktigt för alla äldre personer såsom att upprätthålla rörlighet i axlarna måste ligga inom ramen för den ordinarie omvårdnaden. Annars skulle i stort sett alla behöva ha den typen av förebyggande insatser ordinerade. Andra exempel på sådant som anses vara allmän rehabilitering är att brukare ska ges möjlighet att klara av det som de kan i ADL, att gå kortare sträckor istället för att bli skjutsad i rullstol (bara för att det går snabbare) men även vissa förebyggande åtgärder såsom spetsfotsprofylax för brukare som ligger mycket. Insatser som är vanligt förekommande och inte kräver specifik kompetens

bör därför utgöra en naturlig del i det dagliga omvårdnadsarbetet utan att arbetsterapeut och sjukgymnast ska bevaka att så sker.

”Var och en ska ha fysisk aktivitet utifrån sina förutsättningar” (SG).

”Ett förebyggande förhållningssätt ska bara funka” (SG).

HSL eller SoL?

Oavsett om en insats betraktas som en HSL-insats eller en SoL-insats är de viktiga och i det teoretiska resonemanget finns således ingen inbördes rangordning mellan lagrummen. Insatser skall utföras oavsett vilket lagrum de ”tillhör”. För arbetsterapeut och sjukgymnast betraktas det inte som statistiskt vad som är en insats som ska utföras utifrån SoL respektive HSL. En insats som initieras som HSL kan övergå till SoL om arbetsterapeut eller sjukgymnast bedömer det lämpligt och på samma sätt kan en SoL insats övergå till HSL. De faktorer som anses påverka hur man ser på om en insats är HSL eller SoL är;

Uppgiftens svårighetsgrad – är insatsen allmän som t.ex. vid promenader betraktas det vanligen som en SoL-insats jämfört med när det krävs ett mer specifikt tillvägagångssätt som vid gångträning av en brukare som haft en stroke – en insats som då ordineras.

Kunskapsnivån/kompetens i gruppen – att arbetsterapeut och sjukgymnast känner personerna i arbetsgruppen är viktigt för att veta hur specifika insatser som gruppen är vana att utföra och klarar av. Gruppens sammansättning kan dock snabbt ändras vid personalomsättning och därmed kan även den samlade kompetensen förändras vilket innebär att insatser som var möjliga att kommunicera utifrån SoL kan behöva ordineras om ny och oerfaren personal tillkommer i gruppen.

Mot bakgrund av ovan nämnda faktorer blir det den enskilda arbetsterapeutens eller sjukgymnastens ställningstagande som avgör om en insats ordineras eller kommuniceras som en instruktion. Det är inte alltid en solklar skillnad när det är det ena eller det andra och en sjukgymnast ger exempel på ett resonemang som kan vara vägledande för om en insats är att betrakta som specifik eller allmän.

”Jag brukar tänka - kan grannen följa med och göra det här eller vill jag att det ska vara någon mer specifik kunskap inblandad i det – då är det HSL för mig” (SG).

Verktyg för kommunikation av rehabiliteringsinsatser

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster konstaterar att det finns väl utarbetade system för hur insatser ska överlämnas, kommuniceras och dokumenteras såväl när det gäller SoL-insatser som HSL-insatser. Genomförandeplanen ¹ framhålls av en sjukgymnast som ett verktyg som har stor potential att ge personalen en tydlig beskrivning av vilka insatser som är aktuella och hur dessa ska utföras hos respektive brukare. Detta medför att insatser utförs på ett likartat sätt oavsett vem som går till brukaren samt att uppföljningen underlättas. I en väl fungerande grupp kan den information som gäller SoL-insatser framgå av genomförandeplanen och det krävs därför inga ytterligare papper. Bland andra intervjudeltagare tycks en väl fungerande genomförandeplan uppfattas som ett eftersträvansvärt verktyg för teamet men samtidigt beskriver man att det krävs väldigt mycket arbete för att nå dit.

DEN PRAKTISKA VARDAGEN

Rangordning mellan HSL och SoL

I kontrast till det teoretiska resonemanget tycks det i praktiken föreligga skillnader mellan SoL-insatser och HSL-insatser avseende i vilken utsträckning de utförs. Insatser som överlämnas med ordination beskrivs ha större ”tyngd” vilket medför att dessa utförs i högre grad än SoL-insatser. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna konstaterar att det inte ska vara avgörande om en insats räknas som HSL eller SoL men att det praktiska utfallet ofta verkar vara så.

En sjukgymnast lyfter fram en möjlig orsak till att HSL-insatserna utförs i större utsträckning. Hon anser att användandet av signeringslistor gör att ordinerade HSL-insatser jämföras med att ge mediciner – ”det är ju så man måste se det”. Att ge mediciner betraktas som viktigt och något som inte får utebli. Det blir även mer tyngd i en överlåtelse när det är tydligt att det är någon som följer upp arbetet genom signeringslistor.

¹ I genomförandeplanen finns den sociala dokumentationen som beskriver aktuella arbetsuppgifter och hur dessa ska utföras. Hos den privata utföraren Carema kallas denna hemma-hos pärm.

Dokumentationens betydelse

Rutinerna för dokumentation upplevs som ett stöd för kommunikationen till vårdpersonalen. Sammantaget finns det mycket dokumentation som rör vården och omsorgen som är viktig för vårdpersonalen att känna till. I kontrast till denna välutvecklade dokumentation upplever arbetsterapeuter och sjukgymnaster att det inte blir av att personalen går in i de detaljerade hur - beskrivningar som finns gällande hur insatser bör utföras hos varje enskild brukare. Det uppstår därmed en motsättning mellan teori och praktik.

”Det upplevs dubbelt det här med instruktion, å ena sidan är det enda sättet att nå ut till all personal med samma information, och då känner man sig trygg, men då läser dom inte och så blir det missar” (AT).

”Tanken är ju så bra... tanken med genomförandeplanen och hemma-hos pärmen är kanon... om... man (personalen, författarens anmärkning) läste dom” (SG).

En arbetsterapeut diskuterar om det rehabiliteringsinriktade arbetssättet har kommit så långt i kommunen att det kan bli för mycket skriftliga instruktioner.

”Skriver vi för många instruktioner, är det därför de inte blir lästa, skriver vi på för enkla saker? För om det är vår upplevelse som styr om vi skriver instruktion eller inte och våran upplevelse av vad gruppen är medveten om eller inte...” (AT).

En faktor som gör det lättare för personal att förstå betydelsen av en insats tycks vara när det finns risk för kroppsskada på brukare eller personal, såsom vid en svår förflyttning. Det är då uppenbart varför en viss insats bör utföras på ett visst sätt. En arbetsterapeut beskriver sin syn på en instruktion som gäller en sådan insats.

”Jag har en instruktion som jag är så stolt över... och som funkar... och som dom läser” (AT).

För de exempel som ges på uteblivna HSL-insatser tycks en orsak vara om personalen inte förstår betydelsen av insatsen.

Att använda de verktyg som finns

Vetskapen om att det finns en skillnad i utförande mellan HSL-insatser och SoL-insatser påverkar hur arbetsterapeuter och sjukgymnaster använder sig av de medel som finns för överlåtelse och kommunikation till vårdpersonalen.

När det gäller HSL-insatser finns möjligheten att delegera. Delegering förekommer i stort sett bara bland sjukgymnasterna men även de försöker så långt det är möjligt att undvika delegeringar eftersom det kräver mycket administration och tar mycket tid. Det är i sådana fall möjligt att det tar mindre tid att utföra insatserna själv. Arbetsterapeuterna beskriver att ordinationer används vid avgränsade moment såsom att t.ex. ta på en handskena, men inte så ofta för att kommunicera ett rehabiliterande arbetssätt.

”Det känns som att man överlag, faktiskt, inte ordinerar i aktivitet” (AT).

Bland arbetsterapeuterna, där instruktionen framhålls som det vanligaste förekommande sättet att kommunicera insatser till personalen, diskuterar man behovet av att anpassa mängden stöd och handledning för att insatserna verkligen ska utföras. Muntlig information och ett nära handledningsarbete framhålls som viktiga åtgärder för att säkerställa att personalen har kompetensen och förståelsen för vad de ska göra. Detta gäller särskilt i ett tidigt skede när det kommer nya brukare som personalen inte känner till.

För att få in arbetssättet kring en viss insats beskriver en sjukgymnast att det inledningsvis går att använda sig av en ordination. Det kan gälla insatser som kanske inte är så specifika att de egentligen skulle behöva ordinerats, men då de bedöms vara väldigt viktiga faller ändå valet på ordination eftersom arbetsterapeut och sjukgymnast då är mer säkra på att det kommer att utföras. Efter en tid när arbetssättet har blivit etablerat kan det vara möjligt att låta insatsen gå över till SoL.

Att fortlöpande följa upp det arbete som sker uppfattas som viktigt på olika sätt. Dels för att följa brukarens utveckling men även för att personalen ska känna att det finns ett intresse för hur arbetet går. Något som gör det svårt att veta hur det verkligen går är att det vid gruppmöten är ovanligt att det är någon i personalen som yttrar sig om hur det går. Då upplevs signeringslistor vara ett verktyg för att lättare få ett svar på om en insats har utförts och kunna gå tillbaka till personalen och diskutera orsakerna om något har uteblivit. När inte signeringslistor används

finns risken att den personal som tillfrågas om hur det går inte har tillräcklig kännedom om den brukare det gäller, vilket leder till att det är svårt att kunna veta om och vad som har utförts. En arbetsterapeut uttrycker viss skepsis till signeringslistans betydelse, då det i själva verket upplevs osäkert att veta vad som verkligen har utförts och kvalitén på den insatsen bara för att man har fått en signatur.

En sjukgymnast anser att sådant som är möjligt att överlåta ska göras av personal. När det finns en uppenbar risk att insatser sannolikt inte kommer att utföras kan dock ett val vara att utföra insatsen själv. Detta är sällan möjligt under en längre tid. Förbättringspotentialen hos den enskilde brukaren beskrivs av arbetsterapeuterna vara en viktig faktor för att avgöra när de egna direkta insatserna minskar och övergår till att överlåtas eller kommuniceras till vårdpersonal. Så länge arbetsterapeuten gör bedömningar av brukarens förmåga och anpassar sitt arbetssätt efter brukarens behov, är det bäst om denne har möjlighet att fortsätta med direkta insatser.

Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna beskriver en förändring över tid där vårdpersonalen numer oftare frågar efter såväl instruktioner som ordinationer än vad som var fallet för några år sedan. Att ha signeringslistor tycks upplevas som ett verktyg även för personalen för att ha grepp om att man utför de insatser som överlåts.

Målsättningar

När det gäller måluppfyllelse upplevs den vara bra. Men samtidigt är det ett komplicerat område såväl när det gäller hur mål bör formuleras men även när det gäller att få brukaren att vara delaktig.

”Jag tycker att det här med mål är så otroligt svårt för jag menar bibehålla funktion – hur mäter man ett sånt mål, det måste ju vara bra mål för att de ska kunna gå att följa upp på ett bra sätt” (SG).

”Jag tycker de bästa målen är: Orka gå på apoteket” (SG).

Samarbetet med personalen

Man beskriver en positiv förändring över tid där personalen beskrivs vara mer rehabiliteringsinriktade nu än tidigare. Ett sätt som det visar sig på är genom att de efterfrågar instruktioner och reagerar när de tidsmässiga förutsättningarna att hinna

med rehabiliteringsinsatserna är dåliga. En sjukgymnast beskriver hur upplevelsen av att ordinera insatser har förändrats över tid.

”Känslan i att göra en ordination... från början kände man sig besvärlig, nu kommer jag med ytterligare en arbetsuppgift, det kan jag känna nu också när jag vet att de har mycket, men nu känns det som att man hjälper dom i arbetssättet och det är intressant hur man utvecklas... det blir ett verktyg i arbetet” (SG).

Samtidigt upplevs det fortfarande som att man befinner sig i en ”införandefas”, bl.a. eftersom det hela tiden kommer ny personal. Arbetsterapeuterna och sjukgymnasterna uttrycker att det bästa är när ett ”rehabtänk” präglar omsorgen men samtidigt ges återkommande exempel på att det fungerar dåligt när rehabiliterande insatser kommuniceras utifrån SoL.

Det nära samarbete med vårdpersonalen som flera deltagare beskriver, upplevs positivt på många sätt. Det framhålls som en nyckel till ett fungerande handledningsarbete.

”Ofta får man frågan – du måste säga hur vi ska göra när vi ska förflytta den här personen och det är ju inte att man har en direkt lösning så, men man går dit med andra ögon och löser det tillsammans” (SG).

Samtidigt riskerar en alltför hög tilltro till personalgruppens kompetens att leda till att arbetsterapeuten och sjukgymnasten tror att en insats utförs men att personalgruppen faktiskt inte utför det som dessa hade förväntat sig.

”Jag har trott att det har fungerat bättre än vad det gjort, men nu har man lärt sig” (AT).

Frågan om uppgiftens svårighetsgrad är också en osäkerhetsfaktor där det inte är självklart hur arbetsterapeut och sjukgymnast respektive vårdpersonal ser på en viss insats.

”Det är ju så svårt att veta, vi kan tycka att det är så enkla grejor... det är så lätt att tro att det är enkelt” (AT).

Om kompetensen och rutinerna kring hur insatser ska utföras enbart är personbundna, brister kontinuiteten om dessa personer slutar på arbetsplatsen. Därför är en försvårande faktor när det kommer in ny personal utan att arbetsterapeuten och sjukgymnasten får kännedom om det. Det finns då en risk med att förlita sig på att personalen brukar klara av en viss typ av insatser då förutsättningarna plötsligt kan förändras.

Hur väl gruppen fungerar upplevs i hög grad påverka hur olika insatser utförs. I den välfungerande gruppen kan det vara tillräckligt att kommunicera en insats genom en instruktion något som i en mindre välfungerande grupp kan behöva ordnras och följas upp genom signeringslistor. Rutiner för hur en personalgrupp planerar, organiserar och följer upp insatser beskrivs som betydelsefullt för hur väl arbetet fungerar. Där anses cheferna ha en viktig roll dels i hur de lyfter fram betydelsen av rehabiliterande insatser dels genom att skapa förutsättningar för personalen att ta till sig och diskutera de instruktioner som finns om hur insatser ska utföras.

SLUTSATSER FOKUSGRUPPSTUDIEN

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster anser att det bästa är när rehabiliteringsinsatser är en naturlig del av den dagliga omsorgen.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster upplever att det finns väl utvecklade system för hur rehabiliteringsinsatser överläts och kommuniceras till vårdpersonal och hur dessa dokumenteras, men att de detaljerade beskrivningar av hur insatser bör utföras inte läses av personal i tillräcklig utsträckning.

I det dagliga arbetet utförs insatser som har överlåtits utifrån HSL i större utsträckning än SoL – insatser.

Flera faktorer tycks påverka om en insats är att betrakta som specifik eller allmän. Utifrån dessa faktorer är det ett ställningstagande hos den enskilde arbetsterapeuten eller sjukgymnasten som avgör om en insats överläts utifrån HSL eller kommuniceras utifrån SoL.

Det är viktigt med uppföljningen av rehabiliteringsinsatser för att säkerställa att de blir utförda.

DISKUSSION

Den bild av detta arbetsområde som träder fram är att det teoretiska resonemanget kring hur man vill att det ska vara och de rutiner som finns, inte alltid stämmer överens med den praktiska vardagen. Om en insats betraktas som HSL eller SoL påverkar hur den kommuniceras och följs upp, men även i vilken utsträckning den utförs. Kommunens riktlinjer ger stöd för vilka insatser som skall betraktas som HSL alternativt SoL men inför den enskilda insatsen är det arbetsterapeuten eller sjukgymnasten som avgör om den skall överlätas eller kommuniceras som en instruktion. Detta medför att det är angeläget att diskutera detta gränsland mellan lagar som ytterst påverkar hur brukare får sina behov av rehabiliteringsinsatser tillgodosedda.

DIREKTA BEHANDLINGSINSATSER

Den enskilda arbetsterapeuten eller sjukgymnasten ställs inför olika val kring hur rehabiliteringsbehovet hos en brukare skall tillgodoses. Ett val gäller om en insats skall överlätas eller kommuniceras till vårdpersonal eller inte. Båda professionerna reflekterar kring hur långt de egna, direkta behandlingsinsatserna bör sträcka sig. För sjukgymnasterna sker en balansgång mellan att göra insatser själv eller att överläta till vårdpersonal när det gäller insatser som är så specifika att de behöver delegeras. Delegeringsförfarandet upplevs då vara så omfattande att det ibland kan vara lika bra att utföra insatserna på egen hand. Arbetsterapeuterna reflekterar kring de egna insatserna och att det är optimalt att kunna jobba direkt med brukaren så länge det är möjligt. Detta avgörs av de tillgängliga resurser som finns i relation till den aktuella arbetsbelastningen. Tidigare forskning visar att effekten av rehabiliteringsinsatser är goda såväl när det gäller att nå en förbättrad förmåga att utföra ADL som förbättrad hälsa och livskvalité (Gitlin et al., 2006, Hagsten, Svensson & Gardulf, 2004, Walker et al., 1999). Detta stödjer således resonemanget att arbeta med direkta insatser så långt det är möjligt.

ARBETSTERAPEUTENS OCH SJUKGYMNASTENS VAL

När det gäller de insatser som ska överlåtas eller kommuniceras till vårdpersonal är frågan om på vilket sätt detta skall ske. För vissa insatser går det ingen klar skiljelinje mellan vad som ska betraktas som specifikt och vad som är allmänt. Valet gör den enskilde arbetsterapeuten eller sjukgymnasten. I valet mellan dessa alternativ är frågan: ur vems perspektiv? Sett till hur specifik respektive allmän rehabilitering har definierats inom kommunen går en skiljelinje när insatser syftar till att brukaren ska utveckla eller återvinna funktionsförmågan vilket är att betrakta som specifika insatser. Insatser som syftar till att bibehålla funktionsförmåga kan vara specifika eller allmänna. Så långt är insatsens syfte vägledande för när den ska betraktas som specifik eller allmän. Resultatet visar dock att även andra faktorer påverkar arbetsterapeutens och sjukgymnastens val. Uppgiftens svårighetsgrad, gruppens kompetens och hur väl AT/SG känner gruppen lyfts fram som sådana faktorer.

Insatser som av arbetsterapeut och sjukgymnast betraktas som relativt enkla kanske inte är det för den vårdpersonal som förväntas utföra insatsen. En insats som av arbetsterapeuten betraktas som allmän kan ha målsättningen att brukaren ska ”vara så delaktig som möjligt”. För personal som saknar den specifika kompetens som arbetsterapeuten har är det oklart vilken vägledning en sådan instruktion ger. En del av förklaringen till varför SoL-insatser tycks utföras i så markant mindre utsträckning än HSL-insatser, kan vara att insatserna inte är allmänna för de personer som ska utföra dem. Om det är så krävs ett än mer noggrant ställningstagande för den enskilde arbetsterapeuten eller sjukgymnasten i valet över hur en rehabiliteringsinsats ska kommuniceras.

Genomgående i resultatet framträder en tydlig skillnad mellan AT och SG. Sjukgymnasterna befinner sig i större utsträckning på ”HSL-området” där insatser gäller att lindra smärta, motverka försämring, bibehålla rörlighet och förbättra styrka. Insatserna är avgränsade och handlar om att personalen ska utföra konkreta handlingar. I kontrast till detta befinner sig AT i större utsträckning på ”SoL-området”. De insatser som kommunicerats utifrån SoL är av ett annat slag och handlar om att brukare ska ges möjlighet att göra så mycket som möjligt i de aktiviteter där personal finns med. Det faktum att SoL-insatser inte tycks utföras i tillräcklig utsträckning är ett problem då det riskerar att leda till bristande rehabilitering för enskilda brukare. Ur detta problem finns två faktorer som är angelägna att lyfta fram.

Den ena faktorn gäller det val som den enskilde arbetsterapeuten gör. Detta val innebär att insatser huvudsakligen kommuniceras utifrån SoL. När den enskilde arbetsterapeuten har vetskap om att utförandet av dessa insatser tycks brista är några frågor befogade;

– Är valet att använda sig av instruktioner det rätta?

– Är de insatser som arbetsterapeuter kommunicerar nästan alltid allmänna?

Svaret på dessa frågor finns inte att finna i denna studie men är angelägna att diskutera i de sammanhang där arbetsterapeuter och sjukgymnaster väljer att engagera vårdpersonal i ett rehabiliterande arbetssätt.

Den andra faktorn gäller förutsättningarna för att SoL-insatser ska bli utförda. I intervjuerna framkommer att arbetsterapeuter och sjukgymnaster ibland känner att det är svårt att komma med nya insatser till personal som redan är hårt ansträngda. Samtidigt tycks den tidsbrist som ibland finns som ett ”mantra” i verksamheten till viss del bero på hur väl fungerande arbetsgruppen är (Månsson et al., 2006). Att det finns personal som ges nödvändigt tidsutrymme, att de vet vad de ska göra och att de förstår varför, är avgörande faktorer för att brukare ska få de rehabiliteringsinsatser som är nödvändiga för att bibehålla och/eller utveckla sina förmågor. Där har ledarskapet stor betydelse såväl som genom den arbetsledning som cheferna har liksom det rehabiliterande ledarskap som arbetsterapeuter och sjukgymnaster kan utöva.

MÅLET MED REHABILITERINGEN

En del av kommunikationen mellan arbetsterapeuter och sjukgymnaster och vårdpersonalen är att tydliggöra vad det är som brukaren ska uppnå och hur insatserna, som ska lotsa brukaren på vägen, ska utföras. Tydliga målformuleringar kan vara en hjälp i det arbetet och är även något som vårdpersonalen efterfrågar (Månsson et al., 2006). Sett till de mål som analyserats i denna studie är detta något som kan utvecklas för att bli tydligare och lättare att utvärdera.

När kopplingen mellan insats och risk för brukare eller personal är tydlig tycks sannolikheten öka för att det verkligen blir utfört. Rehabiliterande insatser syftar i allmänhet till att bibehålla alternativt att utveckla förmågor, d.v.s. att brukaren så

långt det är möjligt ska ges bästa möjliga förutsättningar att vara delaktig i de aktiviteter och rutiner som utgör vardagen. De insatser som utgör en rehabiliteringsprocess pågår ofta under en längre tid. Om inte processen ges möjlighet att äga rum finns risken att brukaren inte bibehåller eller återfår sina förmågor, vilket leder till ett varaktigt, kanske t.o.m. livslångt tillstånd av minskad aktivitetsförmåga och delaktighet samt ett ökat beroende av andras hjälp. Denna risk är av en annan karaktär än de uppenbara risker som föreligger vid insatser som syftar till att minimera fallrisk vid förflyttningar. Tidigare studier belyser det samband som finns mellan beroende av andras hjälp för att klara av vardagsaktiviteter och nedsatt livstillfredsställelse (Hellström, Persson & Hallberg, 2004, Johanessen, Petersen & Avlund, 2004). Att personalen har förståelse för en insats betydelse har framhållits som en viktig beståndsdel i den kompetens som är viktig i arbetet med vardagsrehabilitering (Zingmark, 2006). De långa processer som rehabilitering ibland handlar om gör att sambandet mellan utebliven insats och risk för brukaren inte är lika tydlig som situationen är vid t.ex. en förflyttning med fallrisk. Det kan medföra att personal inte ser de risker som trots allt finns. Om det är så, ligger ett stort ansvar på arbetsterapeuter och sjukgymnaster att tydliggöra den situation brukaren befinner sig i och de risker som föreligger om inte de aktuella insatserna utförs.

HANDLEDNINGENS BETYDELSE

Närheten till personal framhålls som en viktig faktor för att de rehabiliteringsinsatser som kommuniceras ska bli utförda. Upplevelsen av att det är svårt att skapa tidsmässiga förutsättningar för handledning har tidigare framhållits som en försvårande omständighet för handledning (Zingmark, 2006). Tidsuppgifterna från denna studie beskriver att tiden för handledning kring de flesta insatser är relativt kort. Detta kan tolkas som att handledning inte tar mycket tid i anspråk alternativt att handledning inte ges mycket tid. Eftersom en genomgående uppfattning är att det finns brister i utförandet av SoL-insatser är det relevant att ställa sig frågan om mer handledning skulle kunna göra någon skillnad? Faktorer som har framhållits för om en insats utförs eller ej är att personalen förstår varför insatsen är viktig, att de märker att någon är intresserad av hur det går och att det sker en fortlöpande uppföljning. Den genomsnittliga tiden för ett handledningsärende ligger ungefär mellan 1 och 2 timmar. Sett över det tidsförlopp på 1-2 veckor under vilken handledningen vanligtvis fortgår är frågan om mer handledning och uppföljning har någon

effekt på i vilken utsträckning brukare får de vardagsrehabiliterande insatser som har bedömts vara viktiga för att bibehålla alternativt att utveckla deras aktivitetsförmåga?

Det faktum att grupphandledning anges som den vanligaste handledningsformen kan tala för att tiden används på ett effektivt sätt. Det förutsätter dock att den personal som är närvarande bjuds in i och aktivt deltar i samtalet och reflektionen kring de aktuella insatserna (Zingmark, 2006).

METODDISKUSSION

Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser är ett arbetsfält mellan två lagrum där flera yrkeskategorier är inblandade och organisatoriska faktorer påverkar i hög grad. Detta medför att det är svårt att mäta utfallet av detta arbetsätt. Denna studie har strävat efter att tillföra nya pusselbitar för att bättre förstå faktorer som har betydelse för hur överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser sker. Studien har belyst detta område med fokus på arbetsterapeuter och sjukgymnaster. I denna studie saknas det perspektiv som brukare, vårdpersonal och deras chefer har. För en mer heltäckande bild av området bör således även deras upplevelser lyftas fram i framtida studier.

Omfattningen av de kvantitativa data som samlades in påverkades sannolikt då ett okänt antal AT och SG inte skickade in det eventuella material de hade under perioden. Det resultat som presenteras kan således inte läsas som en beskrivning av frekvensen av rehabiliteringsinsatser som överlätits och kommunicerats mellan AT/SG och vårdpersonal under en viss tidsperiod. För kommande studier rekommenderas därför god förberedelse och att undersökningen genomförs då det finns utrymme i verksamheten.

Fokusgruppintervjuer har genomförts med en grupp arbetsterapeuter och en grupp sjukgymnaster. Detta medför att resultatet inte är generaliserbart utanför dessa båda grupper. Ett större antal intervjuer med deltagare från olika kommuner hade sannolikt gett en bredare bild av hur detta arbetsområde fungerar överlag i Sverige. Studiens syfte var dock inriktat på att få mer djupgående kunskap om arbetsområ-

det från en kommun där just detta har varit fokus för ett långvarigt utvecklingsarbete och där specifika rutiner har utvecklats som stöd för arbetet.

AVSLUTANDE KOMMENTAR

Materialet från denna studie är litet och resultaten bör därför tolkas med försiktighet. Det framkommer dock vissa ämnen som är angelägna att lyfta fram för fortsatt utveckling på detta område;

UTFÖRANDET AV SPECIFIKA OCH ALLMÄNNA REHABILITERINGSINSATSER.

Flera faktorer tycks i praktiken påverka om en insats är att betrakta som allmän eller specifik. Oavsett vilket lagrum en viss insats ”tillhör” är det angeläget att brukare får sina behov av rehabiliteringsinsatser tillgodosedda. För att säkerställa att så sker krävs sannolikt en gemensam strävan i teamet och ett väl fungerande samarbete mellan de professioner som ansvarar för att leda och följa upp arbetet.

REHABILITERANDE LEDARSKAP

För att skapa bästa möjliga förutsättningar för att en insats ska utföras bör vissa frågeställningar vara besvarade så att vårdpersonalen är medvetna om; Vilken insats som ska utföras, hur den ska utföras, målet med insatsen, vilken betydelse insatsen har och under hur lång tid den ska utföras? Personalen bör även få fortlöpande feedback på hur det går. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster kan tydliggöra detta med hjälp av olika administrativa åtgärder men även genom återkommande handledning.

Med tanke på den satsning på att utveckla rehabilitering som för närvarande sker i landets kommuner är det angeläget att diskutera vilka metoder arbetsterapeuter och sjukgymnaster använder sig av i samarbetet med vårdpersonal för att brukare ska få sina behov av rehabiliteringsinsatser tillgodosedda. Det är även viktigt att kommuner och andra utförare ser över vilka rutiner och riktlinjer som finns för hur överlättelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser sker. Det finns sannolikt likheter och skillnader mellan landets kommuner som påverkas av många faktorer. Gemensamt är dock att detta är ett område där flera yrkeskategorier är inblandade och som påverkas av flera lagar. Medvetenhet om detta och förmågan att navigera i

detta gränsland har sannolikt betydelse för i vilken grad den enskildes behov av rehabiliteringsinsatser kommer att tillgodoses.

REFERENSER

Butterworth 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.

Dunlop D., Hughes S. & Manheim L. (1997) *Disabilities in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability*. *American Journal of Public Health* **87**, 378-383.

Gill T.M., Desai M.M., Gahbauer E.A., Holford T.R. & Williams C.S. (2001) *Restricted activity among community-living older persons: incidence, precipitants and health care utilization*. *Annals of Internal Medicine* **135**, 313-321.

Gitlin L.N., Winter L., Dennis M.P., Corcoran M., Schinfeld S. & Hauck W.W. (2006) *A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults*. *Journal of American Geriatrics Society* **54**, 809-816.

Hagsten B., Svensson O. & Gardulf A. (2004) *Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture*. *Acta Orthopaedica Scandinavica* **75** (2), 177-183.

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.

Hellström Y., Persson G. & Hallberg I. (2004) *Quality of life and symptoms among older people living at home*. *Journal of Advanced Nursing* **48** (6), 584-593.

Johanessen A., Petersen J. & Avlund K. (2004) Satisfaction in everyday life for frail 85-year old adults: a Danish population study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* **11**, 3-11.

Krueger R A. (1994) *Focus groups*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Lindseth A. & Norberg A. (2004) A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **18**, 145-153.

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

Månsson M. (2007) *Hemrehabilitering: vad, hur och för vem?* Solna: Fortbildning AB.

Månsson M., Nordholm A., Andersson L., Mikaelsson A & Ekman U. (2006) *Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst*. FoU-Jämt, Rapport 2006:1.

Socialstyrelsen. (2001, oktober 2007). Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2001/2362/2001-123-74.htm>

Socialstyrelsen. (2003, oktober 2007). Att arbeta med äldres rehabilitering. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2CD40607-6075-4669-8C95-914E4B12A174/948/200313110.pdf>

Socialstyrelsen. (2007, oktober 2007) *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2006*. <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/861E7BD5-0CC0-4088-A800-2EDEB0CC1EE2/7085/200713112.pdf>

Sveriges kommuner och Landsting. (2006, oktober 2007) *Aktuellt om äldreomsorgen*. http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc38896_1.pdf

Walker M.F., Gladman J.R.F., Lincoln N.B., Siemonsma P. & Whiteley T. (1999) Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial. *The Lancet* **354**, 278-80.

WHO (2007, October 2007)

<http://www.who.int/classifications/icf/site/onlinebrowser/icf.cfm>

Zingmark M. (2006) Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering. FoU-Jämt, Rapport 2006:2.

Östersunds kommun. (2007a, oktober) Interna dokument gällande prioriteringsordning för arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Östersunds kommun. (2007b, oktober) Interna webbsidor gällande rutiner och riktlinjer.

Manual för uppföljning av specifika rehabiliteringsinsatser och allmänna rehabiliteringsinsatser /vardagsrehabilitering

Under v. 16 – v. 24 påbörjas datainsamlingen för det nya FoU-projektet ”Handledning och rehabiliterande ledarskap”.

Uppföljningen består av två delar;

Den första delen är tänkt att samla in data om specifika rehabiliteringsinsatser (HSL) som överläts till vårdpersonal genom delegering och/eller ordination. Den andra delen är tänkt att samla in data om allmänna rehabiliteringsinsatser/vardagsrehabilitering (SoL) som utförs av vårdpersonal efter instruktion från AT/SG vilket framgår av genomförandeplan alternativt genom blanketten ”Kompletterande instruktioner till Genomförande plan enligt SoL”.

Denna datainsamling kommer att sammanställas för att få mer kunskap om hur olika typer av rehabiliteringsinsatser kommuniceras med vårdpersonal samt en uppskattning av vilken tid och varaktighet det handledningsarbete som är kopplat till dessa insatser har.

Definition av handledning

Som handledning betraktas de tillfällen AT/SG träffar personal för att **informera, instruera, stödja samt följa upp arbetet med specifika och allmänna rehabiliteringsinsatser**. Handledning kan ske individuellt eller i grupp såväl i brukarens hem som på andra platser. Exempel på sådana platser är när AT/SG träffar vårdpersonal på uppföljningsmöten eller vid andra tillfällen då det kan vara aktuellt att diskutera brukare. Vägledande för om möten med personal ska betraktas som handledning är när det finns en direkt koppling till hur den aktuella insatsen utförs och AT/SG utför ovan beskrivna handlingar.

Sammanställningen av detta material kommer att vara en utgångspunkt för fortsatta diskussioner om hur detta område kan utvecklas.

Målgrupper

Uppföljningen omfattar brukare inom **såväl ordinärt som särskilt boende** som erhåller specifika rehabiliteringsinsatser (HSL) eller allmänna rehabiliteringsinsatser/vardagsrehabilitering (SoL).

Uppföljningen av **ordination/HSL-insats** omfattar nya insatser där AT/SG överläter specifik rehabiliteringsinsats till vårdpersonal genom ordination.

Uppföljning av **instruktion/SoL-insats** omfattar nya insatser som gäller allmänna rehabiliteringsinsatser/vardagsrehabilitering som utförs av vårdpersonal efter instruktion från AT/SG vilket framgår av genomförandeplan alternativt genom blanketten ”Kompletterande instruktioner till Genomförande plan enligt SoL”.

OBS! Lägg märke till att det är **olika protokoll** som ska användas beroende på om det är en ordinerad HSL-insats (specifik rehabilitering) eller en SoL-insats (allmän rehabilitering/vardagsrehabilitering).

Procedur

Uppföljning av ordination/HSL-insats

För varje insats som ordinerats (HSL) skall en avidentifierad kopia av ordinationen häftas samman med nedanstående protokoll för **”Uppföljning av ordination/HSL-insats”** och skickas därefter till Maritha Månsson.

Uppföljning av instruktion/SoL-insats

För varje insats som kommuniceras till vårdpersonal som en instruktion skall en avidentifierad kopia av instruktionen häftas samman med nedanstående protokoll för **”Uppföljning av instruktion/SoL-insats”** och skickas därefter till Maritha Månsson.

Kommentarer: Om det finns behov av att skriva kommentarer kan dessa skrivas på baksidan av protokollet.

Förtydliganden

Uppskattad tid för handledning avser den sammanlagda tiden (tiden för samtliga handledningstillfällen) för handledning i anslutning till den uppgift ordinationen eller instruktionen gäller.

Uppskattad varaktighet av handledning avser under hur lång tid handledning pågår från det att den insats som ordinerats eller förtydligats genom en instruktion påbörjas till dess att ytterligare handledning ej bedöms vara nödvändig för den aktuella insatsen.

Uppskattningen av tid och varaktighet fylls i efter 2-4 veckor när ni har en uppfattning om hur utförandet av respektive insats fungerar i praktiken och vilket behov av handledning som finns. När denna uppskattning är gjord och protokollet ifyllt häftas detta papper ihop med en aidentifierad kopia av ordinationen eller instruktionen och skickas till Maritha Månsson.

Frågor?

Kontakta Magnus Zingmark på e-post magnus.zingmark@ostersund.se

Uppskattad varaktighet av handledning

(under hur lång tid förväntas handledning av personal pågå för denna instruktion?)

<2 veckor

2-4 veckor

4-6 veckor

6-8 veckor

> 8 veckor

Har handledningen i huvudsak skett:

Individuellt

I grupp

Frågeguider

Fokusgruppintervju AT

Öppningsfråga

- Hur många personalgrupper jobbar du med?

Introduktion

- Hur upplever ni att det är att överlåta rehabiliteringsinsatser till vårdpersonalen?
- Har upplevelsen förändrats över tid?
- Hur vanligt är det att överlåta rehabiliteringsinsatser till vårdpersonalen?

Nyckelfråga

- Vad avgör om insatser överläts utifrån HSL eller SoL?
- Vilka insatser (sett ur arbetsterapi perspektiv) bör kommuniceras genom instruktion?
- Vilka insatser (sett ur arbetsterapi perspektiv) bör överlätas genom ordination?
- Finns det insatser som bör delegeras?
- Erfarenheter av detta....
- Vad avgör om ni överlåter en insats istället för att fortsätta göra den själva?

Avslutning

- Är det någon som vill tillägga något?

Fokusgruppintervju SG

Öppningsfråga

- Hur många personalgrupper jobbar du med?

Intro

- Hur upplever ni att det är att överlåta rehabiliteringsinsatser till vårdpersonalen?
- Har upplevelsen förändrats över tid?
- Hur vanligt är det att överlåta rehabiliteringsinsatser till vårdpersonalen?

Nyckelfråga

- Vad avgör om insatser överläts utifrån HSL eller SoL?
- Vilken typ av insatser (sett ur sjukgymnastik perspektiv) bör kommuniceras genom instruktion?
- Vilken typ av insatser (sett ur sjukgymnastik perspektiv) bör överlätas genom delegering och/ eller ordination?
- Vad avgör om en insats ordineras eller delegeras?
- Erfarenheter av detta....
- Vad avgör om ni överlåter en insats istället för att fortsätta göra den själva?

Avslutning

- Är det någon som vill tillägga något?

TIDIGARE UTGIVNA RAPPORTER I FOU-JÄMPTS RAPPORTSERIE

- 2002:1 FoU-enhet för socialt arbete och den kommunala hälso- och sjukvården i Jämtlands län. Projektplan
- 2002:2 Äldreomsorg, IFO, LSS & Rehab i Krokoms kommun
- 2002:3 Är jag en sån där anhörigvårdare jag?
- 2003:1 Utvärdering av projektet Vårdknuten
- 2004:1 Den kommunala distriktssköterskan
- 2004:2 Det är som en extrafamilj
- 2004:3 Samhällsstödet till barn och ungdomar med funktionshinder och deras föräldrar i Jämtlands län
- 2004:4 Brukarinflytande i hemvården
- 2005:1 Varför söker inte anhörigvårdare stöd?
- 2005:2 Med Dagmars ögon
- 2005:3 Internationella adoptioner i Jämtland – utveckling av föräldraförberedelser
- 2006:1 Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst
- 2006:2 Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering
- 2006:3 Kommunikationsutveckling – autism/funktionshinder
- 2006:4 Hemträningens effekt på funktionsförmågan på kroniska strokepatienter i ordinärt boende
- 2006:5 När och varför gör den kommunala distriktssköterskan tillfälliga hembesök
- 2007:1 Intensiv, flexibel behandling på hemmaplan -utvärdering av projektet Familjekraft i Krokoms kommun
- 2007:2 Utvärdering av Strömsunds familjevårdsteam
- 2007:3 Mortalitetsrapport för åren 2005 och 2006 Östersunds beroendecentrum
- 2007:4 Att gå från god vilja till vågad förändring - Utvärdering av Bräcke ungdomsprojekt
- 2008:1 Socialpsykiatriska teamet i Krokoms kommun – en utvärdering
- 2008:2 Att vara eller hur vara – det är frågan? – Utvärdering av samordningsförbundet Östersund
- 2008:3 Att färdas framåt tillsammans!? – Utvärdering av samordningsförbundet i Strömsund