

Det interdisciplinära samarbetets svårigheter och möjligheter

Ett underlag för diskussioner i arbetsgrupper,
i team och på APT-möten

utifrån sju exempel på vårdssituationer där samarbetet mellan
vårdbiträden, undersköterskor och arbetsterapeuter
kan innebära frustration

Sammanställt av
Inga-Britt Lindström, FSA och
Bengt-Åke Wennberg och Monica Hane, Samarbetsdynamik AB
utifrån en rad dokumenterade samtal och fokusgrupper med arbetsterapeuter och
i samarbete med Kommunals Branschråd för Äldreomsorg

Meningen med den här skriften

Dagens äldreomsorg har sina rötter i hur vi såg på god omvårdnad av äldre på 50- och 60-talen. Brukarna levde då ett begränsat liv. Vården skulle täcka de mest basala behoven. Politiska resonemang och fackliga analyser om aktuella organisationsfrågor sitter ofta fast i denna gamla bild.

Utvecklingen av samhället och av synen på vård och omsorg har emellertid under de senaste 20 åren varit både snabb och omvälvande. Detta har påverkat äldreomsorgens ”inre arbete” radikalt. Det ser inte ut som det gjorde förr och kommer snabbt att förändras än mer.

De attitydförändringar som uppstått ställer personalen inför nya svårigheter. Ni, som arbetar i äldreomsorgen, måste i allt högre grad på egen hand internt skapa en konstruktiv kontakt med brukarna och lokalt lösa de samverkansfrågor som uppstår. Det interdisciplinära samarbetet och den nytta man kan dra av varandras kompetens är då en nyckelfaktor

Sveriges Kommunalarbetarförbund och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter har funnit att man i denna fråga har mycket gemensamt och ser det som angeläget att samarbetet över yrkesgränserna förs upp till diskussion i arbetslag, i team och på arbetsplatsträffarna.

För att underlätta sådana samtal har medlemmar i Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter utifrån sina erfarenheter sammanställt några ”typiska fall”, där deras bild av brukaren och vad omsorgen kan göra för denne inte stämt överens med den verklighet som Kommunals medlemmar arbetar i. Dessa fall har sedan diskuterats och kommenterats både av medlemmar i Svenska Kommunalarbetareförbundets Branschråd för Äldreomsorg och i olika grupperingar av arbetsterapeuter.

Kommentarerna och fallbeskrivningarna har därefter omformulerats till ett antal dialoger – med avsikten att det skall låta så som ett samtal på en arbetsplats skulle kunna låta. I detta material presenteras fem exempel på situationer där samarbetet över yrkesgränser satts på prov. Även de inledande avsnitten bygger på det som olika deltagare i alla dessa olika diskussioner lyft fram som viktigt för att förstå äldreomsorgens villkor. Det är alltså alla dom som nu är ”vi” i texten – alltså ”vi som på olika sätt arbetar inom äldreomsorgen”.

Tanken är att dessa exempel skall kunna inspirera till diskussioner och erfarenhetsutbyten mellan våra olika yrkesgrupper.

Stockholm i maj 2010

Inga Britt Lindström
Seniorrådgivare
Förbundets Sveriges Arbetsterapeuter

Ann Georgsson
Ombudsman
Svenska Kommunalarbetareförbundet

Kraven på omsorgen växer

Brukare inom omsorgen vill numera på ett helt annat sätt än tidigare fortsätta att leva ett innehållsrikt och för dem meningsfullt liv av god kvalitet under de år de har kvar att leva. Allmänhetens och massmedias föreställningar om vad som är en bra verksamhet har också förändrats. Brukarna själva har blivit alltmer kunniga och pålästa. Många brukare har också aktiva närstående, som med rätta ställer helt nya krav på omvårdnaden och dess kvalitet. Även vi som är anställda i omsorgen har numera betydligt högre ambitioner med vårt arbete än förr och ser oss alltmer som professionella aktörer.

Ambitionerna är således stora. Åtagandena växer. Den omsorg som tidigare utgjorde huvuddelen av arbetet utgör just nu bara en bråkdel av allt arbete som måste utföras. Men resurserna är begränsade. De politiska möjligheterna att släppa till mer pengar är sannolikt krympande.

Den ökade professionaliseringen gör då att vi personligen och på plats tvingas prioritera och jämkla mellan många olika krav och önskemål. Det är också oftast vi som får stå till svars för eventuella brister i kvaliteten – mera sällan den övergripande politiken. Detta nya ansvar för att omsorgen fungerar väl, trots begränsade resurser, ger upphov till helt nya påfrestningar, som vi gemensamt måste kunna hantera.

Både stress och frustration

Skillnaden mellan förr och nu kan också beskrivas med skillnaden mellan stress och frustration. De är bägge en hälsorisk eftersom de skapar samma typ av fysiologiska reaktioner. Men de har helt olika orsaker. Stress uppstår när man har för mycket att göra och arbetet är upplagt så att man inte har tillräcklig kontroll över sina arbetsuppgifter. Frustration skapas då man ser sig som medansvarig för verksamheten, och vill ta sitt ansvar, men hindras att fullfölja sitt arbete på ett sätt som man själv anser godtagbart. Man kallar det ibland för ”etisk stress”. Brukarna får inte den omsorg de har rätt att kräva. Yrkes stoltheten naggas i kanten. I bägge fallen är otillräckliga resurser en viktig faktor men den får olika betydelse. Stress kan man i princip komma till rätta med genom att ledningen prioriterar bort vissa uppgifter. Frustrationen kan bara hanteras om man gemensamt kan skapa den omvårdnad man själv tycker är tillfredsställande för brukarna.

Frustration är allvarligare än stress eftersom man ofta inte uppfattar frustrationens negativa inverkan förrän det är för sent. Frustrationen blir mera ett gnagande, molande missnöje, som ofta riktas inåt som ett ifrågasättande av den egna kompetensen.

Stress kan alltså elimineras genom att minska belastningen. Man kan helt enkelt organisera bort vissa arbetsmoment. Prioriteringen – och därmed ansvaret – flyttas från oss i verksamheten och upp till ledningen. Med de förväntningar som nu finns på äldrevården försvinner emellertid inte frustrationen genom sådana åtgärder. Den snarare förvärras. I mötet med bru-

kare och närstående känner vi ändå samma vanmakt och otillfredsställelse. Eventuella aggressioner från brukare och anhöriga hamnar ändå på oss.

Frustration kan därför endast motverkas genom att vi alla får ökade möjligheter att få utlopp för våra ambitioner och får respekt för våra insatser. Vi måste kunna känna att vi trots de begränsade resurserna gör ett bra arbete och att de resurser som finns används så klokt som möjligt. Att åstadkomma så mycket som möjligt med de resurser man har kräver emellertid ett aktivt engagemang av oss på arbetsplatsen. Det är då viktigt att vi gör rätt saker och att ingen slösar med resurserna eller att vi arbetar på sätt så att vi motverkar varandra.

En individualiserad omsorg

Frustration är alltså starkt kopplad till hur det sociala samspelet på arbetsplatsen och med brukarna fungerar – dvs. kopplat till det som kallas interaktiva processer.

Tidigare kunde man luta sig mot strikt standardiserade rutiner och föreskrivna arbetsmoment. Var och en behövde bara se till att göra sin egen insats. I en brukarorienterad och individualiserad omsorg, där man löpande tvingas knyta an till brukarens aktivitet och personliga liv och önsningar, är sådana byråkratiska lösningar inte möjliga. Insatserna måste ständigt varieras och anpassas till just den aktivitet som brukarna engagerar sig i. Därför måste våra olika kunskaper och olika förutsättningar användas. Vi måste hela tiden hjälpa varandra och rycka in för varandra. De organisatoriska och yrkesmässiga gränserna suddas ut. De interaktiva processerna blir allt mer komplexa. Vårt gemensamma ansvar för att brukaren får ett ”fullvärdigt” liv inom de begränsade ramar som finns blir allt större.

Det krävs samtal och tid för reflektion

Svenska Kommunalarbetsförbundet och FSA har gemensamt konstaterat att medlemmarna genom de nya förväntningarna på äldreården numera allt oftare utsätts för situationer där det skapas frustration. Det är därför förbundens förhoppning att samtal i arbetslag, i team och på APT-möten skall kunna bidra till att minska den hälsorisk detta innebär.

Knappast någon ifrågasätter i dag att arbetet måste ordnas så att det är brukarorienterat. För varje brukare skall omsorgen ordnas så att det har en sådan funktion att denne kan leva ett så bra liv som möjligt under rådande omständigheter. Ordet ”brukare” har valts för att markera att denne aktivt skall kunna använda omsorgen till att skapa sig en bra tillvaro. Benämningar som boende, klient, patient etc. förstärker andra bilder av relationen mellan verksamheten och den som verksamheten är till för.

Ambitionen att betona ”brukaren” ställer krav på resurssamordning, tillgänglighet, närhet och flexibilitet, som de tidigare organisationsformerna inte uppfyllde.

Exempelvis:

- Brukaren har vanligen många olika kroppsliga problem och många olika professioner och personalgrupper måste samverka kring denne.
- Brukaren måste kunna ordna sin tillvaro så att denne kan få adekvat hjälp när det behövs.
- Brukaren måste känna trygghet i att det finns personer till hands om det skulle hända något.
- Brukarna kan ha många olika och även ovanliga ambitioner och intressen, som alla måste kunna tillgodoses för att det skall kunna kallas en god omsorg.

Bara denna uppräknings visar hur förväntningar och krav på äldrevården har ändrats under de senaste tio åren. Ibland kan kraven kännas övermäktiga. Särskilt som många brukare är i ganska dålig kondition när vi får hand om dem. För en ambitiös och ansvarstagande person är det som upplagt för att bli frustrerad.

Interaktionens karaktär ger självkänslan

Brukarorientering ställer också krav på något annat, som över huvud taget inte uppfattades som viktigt i det gamla organisationstänkandet – nämligen det som kallas ”social responsivitet”. I princip syftar begreppet på att vad den ene gör medför ett gensvar hos den andre. Detta gensvar medför i sin tur ett gensvar hos den förste osv. Därför skapas så kallade interaktiva processer. Det nya med detta är att man allt mer börjat förstå att det är interaktionens karaktär som gör att man upplever sig som någon, någon som betyder något och någon som kan ta sig en plats i det sociala sammanhanget.

Genom det interaktiva mönster, som skapas, uppstår det som kallas den psykosociala arbetsmiljön. I en miljö som styrs av opersonliga rutiner och riktlinjer – som det var tidigare i arbetslivet – medför interaktionsmönstret att man som människa blir ”osynlig och ingen”. Det som vi säger i våra dagliga samtal om verksamheten formar också bilden av vem som har makt över vad. Några av oss blir beskrivna som ”dom som skall göra det som bestämts”. Andra blir självklart ”dom som delegerar”. Eftersom dessa interaktiva mönster inte stämmer med den jämställda bild vi måste ha av varandra i ett team, så måste vi börja prata om hur vi uppfattar våra samspel.

Konstruktiva samtal och interaktiva mönster

Varje arbetsplats och team har sitt karaktäristiska interaktiva mönster. Var och en reagerar på vad de andra gör och agerar efter vad man tror behövs och med hänsyn till vad man tror att de andra kommer att göra. Mönstret uppstår vanemässigt och går på rutin. Först om man byter arbetsplats upptäcker man att det finns. ”Det sitter i väggarna”. Detta mönster har inte bara betydelse för arbetsmiljön utan har också stor betydelse för hur brukarna upplever sitt samspel med personalen och vad omsorgen fyller för funktion för dem.

Samtalen på arbetsplatsen har en mycket viktig funktion när det gäller att skapa och vidmakthålla interaktiva mönster. Samtalen återspeglar varför man gör som man gör. Det är i samtalen som det blir bestämt vad som är godtagbart och inte godtagbart. De etablerar gränser och gör det möjligt att vara rättvis. De upprätthåller ordningen genom att formulera ett handlingsutrymme för var och en inom vilket denne förväntas agera. Goda och konstruktiva samtal är nödvändiga för att i dagens arbetsliv kunna skapa en god omsorg. Därför är samtalen på arbetsplatsträffarna viktiga.

I de samtal som förs på en arbetsplats kan man höra vilken bild som formas av brukarna och vilken roll de ges i samspelet. Bilden av brukarna varierar från arbetsplats till arbetsplats. Bilden varierar också från yrkesgrupp till yrkesgrupp. Undersköterskor som utbildat sig till arbetsterapeuter berättar att deras syn på brukaren förändrades under utbildningen. Detta är fullständigt naturligt. I arbetsterapeututbildningen betonar brukarnas aktivitetsbehov och behov av att ta sig en plats i det sociala sammanhanget. I omsorgsarbetet betonas andra aspekter. Skulle man nu – i ett närmare samarbete mellan våra olika yrkesgrupper – kunna hitta lösningar där vi inte behöver kompromissa mellan våra olika perspektiv utan kan kombinera våra olika kompetensområden så skulle äldreomsorgen verkligen kunna utvecklas.

De fem fallen är inga undantag

Kollisionstillfällena är axplock ur praktiken – men inget statistiskt urval av situationer där arbetsterapeuters speciella bild av brukaren kontrasteras mot hur denne behandlas och bemöts i omsorgsarbetet. Exempler handlar inte främst om synsätt utan har egentligen sin grund i vad som i de aktuella situationerna är både önskvärt, praktiskt rimligt och realistiskt att ta hänsyn till och göra. Det handlar således om att gemensamt finna kreativa lösningar på arbetsformer och arbetssätt, som både uppfyller situationens krav och brukares och deras närståendes förväntningar. När det interdisciplinära samarbetet misslyckas blir dessa lösningar dåliga och det genererar frustration hos alla berörda.

Många som läst exemplen känner igen sig och har liknande erfarenheter – även om inte alla känner igen sig i alla exemplen. Fallen har tagits fram med ambitionen att vara utgångspunkter för samtal mellan medlemmar från de två förbunden om hur man på den egna arbetsplatsen skulle kunna utveckla en allt mer konstruktiv samverkan.

Alla fem fallen handlar om brukare som på grund av olika sjukdomar och funktionshinder är starkt beroende av personalen för att leva ett så gott liv som går under rådande omständigheter. Det handlar om brukare som känner att de alltmer förlorar möjligheten att hantera vardagliga uppgifter och kontrollen över sin kropp. Detta känns för dem skrämmande. Erbjudanden om hjälp kan till och med upplevas förnedrande. Det handlar inte bara om den fysiska omvårdnaden och hjälpen. Det handlar också om att kunna sätta sig in i brukarens situation och sätt att resonera och dra nytta av det i sitt eget sätt att agera och i hur man ordnar arbetet – det vill säga att vara ”socialt responsiv”.

Syftet med diskussionsmaterialet är att ge en anledning att fundera över hur en så god brukarorientering som möjligt kan åstadkommas inom ramen för de förutsättningar som finns inom äldreomsorgen. Självklart är varje arbetsplats och varje situation unik. Det finns inga generella och för alla situationer tillämpliga svar. Avsikten med materialet är inte att komma fram till vad som borde gjorts i respektive fall utan istället att vara en ”språngbräda” till att man på den egna arbetsplatsen skall kunna få del av varandras synpunkter och resonemang kring dessa viktiga frågor.

Första exemplet - förflyttning

Ur ett samtal på expeditionen på ett äldreboende:

- Vi pratar alltså om Anna Andersson. Hon har jämfört med när hon flyttade hit till äldreboendet fått allt svårare att förflytta sig – och det tar nu väldigt lång tid att hjälpa henne fram och tillbaka från duschen. Skulle inte du kunna ordna en duschstol med hjul. Det skulle underlätta för oss.
- Men jag gjorde faktiskt bara häromdagen en systematisk bedömning av hennes funktions- och aktivitetsförmåga och kom fram till att hon försämrats ganska mycket just de senaste veckorna och nog skulle må bäst av att vi fortsätter arbeta med en ”aktiv förflyttning”, och om så krävs ser till att hon kan få stöd av två personer. Jag är orolig för att tillgången på en duschstol kommer att medföra att Anna blir mindre rörlig än nödvändigt och allt mindre aktiv. Jag menar att det finns en risk att vi utvecklar en ovana att överutnyttja duschstolen.
- Ingen här på avdelningen ifrågasätter att ”aktiv förflyttning” är att föredra – när det går. Men vissa dagar har Anna väldigt ont och klarar då inte att gå själv. Det är också så att vi vissa dagar och vissa tider är alltför få här för att genomföra en ”aktiv förflyttning”. Vi kanske bara är en person på avdelningen. I alla dessa fall behöver vi en duschstol.
- Kan vi inte förbättra själva organiserandet av duschtiderna för Anna – alltså se till att göra det på de tider då ni är två?
- Jo kanske – men dina argument innebär en begränsning av både vår och Annas handlingsfrihet och flexibilitet. Utan tillgång till en duschstol måste Anna välja att gå med stöd oberoende av hur situationen är – eller måste i värsta fall vänta med sin dusch tills vi har tid och möjlighet att vara två här samtidigt. Och ofta kör det ihop sig – annat än duschandet kan vara viktigast just då när vi är två i tjänst samtidigt – så det är väldigt svårt att planera. Och Anna – men för all del många med henne – blir väldigt oroliga när vi inte kan fixa det vi lovat precis då när det är sagt. Du litar tydligen inte på att vi kan göra rimliga bedömningar av vad som just då är bästa lösningen.
- Ja – det kanske handlar om tillit. Jag tycker att vi har en del andra fall här på avdelningen där mina bedömningar av hur viktigt det är att erbjuda brukarna möjlighet att hålla sig aktiva inte fått de konsekvenser i ert arbetssätt, som jag tänkte mig. Jag menar att vi ”binder ris åt egen rygg” när vi tillåter brukarna att ”gå ner sig”. Så länge vi kan medverka till att de håller sig aktiva så håller vi också den så kallade ”vårdtyngden” stången. Det är att arbeta förbyggande på flera plan.
- Jag vet vilka brukare du tänker på. Du har förstås rätt om vikten av det förbyggande arbetet. Men det finns också svårigheter som du inte kan se och därför inte heller känna till. Vi som är undersköterskor och vårdbiträden ser brukaren hela dygnet. Vi kan se den faktiska variationen i tillståndet som brukaren har. Någon kan vara väldigt trött på morgnarna men ”pigga på sig” framåt eftermiddagen. Någon ”rycker upp sig” inför främlingar – detta gäller verkligen för Anna – men är sitt ”vanliga jag” inför oss som finns där hela tiden. Ibland tycker vi nog att du tar ställning efter ett väldigt kort sam-

tal och en ögonblicklig observation. Då tänker vi att din ordination kanske bygger på en otillräcklig information.

- Brister i tilliten finns uppenbarligen åt båda hållen. En sådan tillitsbrist kan vi inte lösa ”på studs”. Vi skulle behöva ha betydligt mera tid – och mera kommunikation – för att gemensamt ”ensa målen” och hinna redogöra för våra olika bedömningar av brukaren. Kanske skulle vi behöva en annan typ av gemensamma planeringsmöten för att göra det möjligt för mig att lita på ert omdöme och möjligt för er att lita på mitt?
- Det skulle verkligen underlätta. Då kanske vi också skulle hinna prata om att vi tycker att vissa av dina ordinationer – säkert är väldigt bra för brukaren – men ibland kan innebära ökade arbetsmiljörisker för oss. Jag kommer inte på något exempel just nu – men vi brukar prata om att det blir så ibland.

OCH – HUR GÖR VI PÅ VÅR ARBETSPLATS NÄR DEN HÄR TYPEN AV FRÅGOR DYKER UPP?

Andra exemplet – vardagsrehabilitering

Ur ett samtal på ett planeringsmöte i hemtjänsten

- Nu har Berta Bengtsson kommit hem igen från sjukhuset. De skickade hem henne redan efter en dag. Vem var det som hittade henne när hon hade snubblat på mattan?
- Det var jag och Birgitta. Vi såg ju direkt att hon hade brutit underarmen. Hon hade dessutom väldigt ont i axeln och det visade sig ju att nyckelbenet också var av. Hon har ju annars klarat sig väldigt bra i sin lägenhet trots sina 90 år, trots sin ledgångsreumatism och trots att synen är väldigt dålig. Hon är ju i övrigt väldigt frisk men vi tycker att hon har fått lite svårare med balansen. Kan ju bero på synen. Vi har i alla fall tagit bort alla hennes mattor medan hon var på sjukhuset.
- Bra. Ingen från oss hade ju möjlighet att vara med på vårdplaneringen på sjukhuset i går, men biståndshandläggaren var med och har rapporterat. De kom fram till att Berta skulle skickas hem i rullstol. Hon har armen i mitella, är osäker på benen och har förstås nedsatt rörlighet. Man tyckte också att det är säkrast för henne att hon vid förflyttning i lägenheten använder rullstol *och inte rör sig utan denna* under de tio veckor som behövs för att skadan i armen och i axeln skall läkas. De föreslår också lite andra hjälpmedel – till exempel en mobil duschstol. Kan du rekvirera en sådan?

- Jo det är klart att jag kan – hjälpmedel ligger ju i min tjänst som arbetsterapeut – men jag känner mig väldigt tveksam till förslaget. Jag menar att rullstolen också innebär en risk. Sitter hon hela tiden i rullstol och blir hjälpt med allt kommer det att bli svårt för henne att komma igång igen och göra vad hon tidigare klarat. En rullstol i den lilla lägenheten skulle dessutom vara i vägen för hennes möjligheter att bevara sin aktivitetsförmåga. Jag menar att det är väldigt viktigt – för alla människor – att så mycket som möjligt upprätthålla sin aktivitetsförmåga till den dag då skadan är läkt. Vi skulle behöva hjälpas åt att ge Britta den extra hjälp som hon nu behöver för att göra det hon brukar göra trots armskadan.
- Det känns vanskligt. Vi känner inte att vi kan ta ansvar för den typen av rehabilitering. Vi har varken personal eller utbildning för detta. Vi kan ju absolut inte vara där hela tiden. Tänk om hon ramlar igen! Och skadas ändå värre. Och med en rullstol kan hon ju känna sig mera självständig och oberoende.

OCH – HUR GÖR VI PÅ VÅR ARBETSPLATS NÄR DEN HÄR TYPEN AV SKILLNADER I BEDÖMNINGEN DYKER UPP?

Tredje exemplet – förebyggande arbete

Ur ett samtal på ett äldreboende när arbetsterapeuten kommit på besök

- Så bra att du hade tid att komma. Vi behöver verkligen en personlyft och lyftsele till Calle Carlsson. Det går inte längre att hjälpa honom manuellt.
- Nej, jag förstår det och skall se till att det kommer så fort det bara går. Men försämringen har gått väldigt fort. Han har blivit väldigt mycket sämre bara sedan jag var här sist. Jag har också under en tid gått och tänkt på att vi borde kunna bli mycket bättre på att förebygga den typen av försämringar. Det kan ju handla om samarbetet på avdelningen, samarbetet mellan er och mig och om de rutiner som finns. Det handlar ju inte bara om Calle utan eventuella brister kan ju påverka många andra brukare.
- Vi tänker ju också på det. Vi vet mycket väl att vi skall undvika att ta ifrån brukaren den naturliga träning som kommer genom att man ”gör själv”, Vi pratar ständigt om att ha ett rehabiliterande förhållningssätt. Vi är medvetna om att ”göra själv” stärker brukarens identitet. Vi vet att vi skall göra sådant, som behåller det friska hos brukaren så länge som möjligt. I vårt tänkande ingår också att vi absolut inte skall göra sådant som gör att brukaren känner sig löjlig. MEN – vi tycker inte att ett rehabiliterande förhållningssätt alltid är realistiskt. Detta att ”alltid göra själv om man kan”

ställer ibland både oss och brukaren i svåra situationer, där det blir omständligt, arbetsamt och bökigt.

- Jo det krävs förstås en väldig uppfinningsrikedom för att hitta sätt att arbeta som inte ”tar över” och gör saker ”åt brukaren” – men att ändå få det gjort som måste bli gjort.
- Många brukare överdriver ju också systematiskt sin förmåga, sin ork och sin motivation när någon, till exempel du, är på besök – och många glömmmer bort att de senare på dagen varken orkar eller vill träna särskilt mycket. Om brukaren är motsträvig blir det väldigt tungt för oss att genomföra det som du ordinerat. Vi vill ju inte heller tvinga någon som absolut inte vill – det är ju också motriktat den ”självkänsla” som vi vill försöka hjälpa brukaren att upprätthålla.
- Där är vi väldigt överens. Jag vet ju också att det är svårt att i praktiken kombinera alla de krav som skulle behöva ställas på en bra äldreomsorg. Jag blir i alla fall väldigt glad över att ni är så väl medvetna om aktivitetens och om identitetsarbetets betydelse. Ibland har det känts som vi pratat förbi varandra och att vi som bara kommer ”på besök i verksamheten” inte får gehör för våra ordinationer.
- Många brukare säger också att de vill ha det lugnt, bekvämt och enkelt. En del brukare hänvisar till att de ”betalar för servicen” och därför inte skall behöva anstränga sig själv. Det kan då vara väldigt knepigt att ta konflikten och kanske till och med riskera att bli anmäld.
- Jag känner förstås också igen den typen av argument. Även vi möter ju sådana kommentarer från brukarna – och kanske ändå oftare från deras anhöriga.
- Att införa ett rehabiliterande förhållningssätt är komplicerat. Vi har olika pass och rutiner som inte alltid lätt kan passas ihop med den rehabiliterande tanken. Det är därför ingen idé att Du bara kommer och berättar för oss då Du har tid. Du kanske kommer till avdelningen 14.00, men då är inte alla där. Du skulle behöva gå parallellt med oss och sätta Dig in i vårt arbete mer. Då skulle Du se hur svårt det förebyggande arbetet är.
- Jag skulle jättegärna vilja kunna vara här mera regelbundet – men jag har ju 63 andra avdelningar också, där jag också skulle behöva vara lika mycket. Frågan är hur vi inom de ramar vi har kan dra bättre nytta av varandras olika kompetenser.

**OCH – HUR GÖR VI PÅ VÅR ARBETSPLATS FÖR ATT KUNNA ANVÄNDA
VÅRA GEMENSAMMA RESURSER PÅ BÄSTA SÄTT?**

Fjärde exemplet – komfort

Ur ett samtal i korridoren på ett äldreboende

- Vi måste få prata med dig om David Davidsson. Han orkar inte sitta uppe långa stunder nu. Han skulle behöva ha en komfortrullstol med nackstöd, som kan tiltas. Då skulle vi inte behöva lägga honom i sängen under dagen utan han skulle kunna vara uppe i sin stol hela tiden. Vi tror att han också tycker att det blir jobbigt med mycket upp ur sängen och så ner igen och så upp igen till eftermiddagskaffet.
- Jag förstår problemet – men en komfortrullstol ger inte David den vila han behöver och kan få i sin säng. Vi måste lösa det så att vi kan ta på oss arbetet att lägga honom en stund mitt på dagen även om en komfortrullstol naturligtvis kan vara önskvärd.
- Tiden är vårt största problem. Vi räcker helt enkelt inte till. Alla delegerar uppgifter till oss – och vi blir inte fler. Vi skall genomföra ordinationer från dig som arbetsterapeut, från sjuksköterskor, sjukgymnaster, dietister, kuratorer osv. Flera av er har ju dessutom olika huvudmän – som inte heller kommunicerar med varandra. Ibland känns det som om vi lever i helt olika världar. Självklart kan vi när det så behövs lägga David mitt på dagen även om han har en komfortrullstol. Varför gör vi detta till ett problem? Får han en komfortrullstol eller inte?
- Jag skall se vad jag kan göra.
- Men du – vi har nästan samma problem med Elsa Eriksson. Hon skulle behöva byta lyftsele. Vi skulle vilja ha en lyftsele, som kan sitta kvar på personen både i säng och i rullstol. Detta skulle spara både tid och arbete – och vara mindre krångel för Elsa.
- Och jag har nästan samma motargument. Vilan blir av sämre kvalitet om selen sitter på. Lyftselen kan också lätt leda till skav- och liggsår. Men menar ni att arbetet att få på och av seglet i rullstolen är ett problem, så måste vi ju försöka hitta en lösning.
- Ja – lyft av den här sorten tillhör ju arbetet. Vi har pratat om att vi behöver en bättre träning och en bättre teknik när det gäller lyft och förflyttning. OCH när skall vi hinna med den träningen?

OCH – HUR LÖSER VI PÅ VÅR ARBETSPLATS DEN HÄR
TYPEN AV PROBLEM?

Femte exemplet – när tiden inte räcker till

Ur ett samtal i en annan korridor på samma äldreboende

- Nu har det hänt igen! Vi har varit tvungna att göra en avvikelserapport. Vi har inte gjort det som var föreskrivet i ordinationen från dig, eftersom vi gör en annan bedömning. Frida Franssons tillstånd har hastigt och ganska oväntat försämrats. Vi anser att hon kanske inte har mer än några dagar kvar i livet. Vi tycker att man ska krångla så lite som bara är möjligt med en boende, som kanske inte har så långt kvar. Just nu tror vi att annat är viktigare än att till varje pris undvika liggsår.
- Ja absolut – men Frida har ju varit väldigt dålig förr, och repat sig. Den gången hade vi väldiga problem med att få bukt med trycksåren. Kan vi hitta någon ”mellanväg”?
- Ja, vi skall försöka tänka så, hon kanske repar sig. Men trycksår verkar vara en väldigt känslig fråga. Alla som inte direkt arbetar i arbetslaget – utan som ger ordinationer som vi skall fullfölja – verkar vara väldigt rädda för just trycksår. Ibland känns det som att ni i första hand ordinerar saker för att undvika att ni skall bli anmälda.
- Det var en häftig kritik – så här mitt i korridoren. Det kan säkert vara så att rädslan för att bli anmäld påverkar våra prioriteringar – det är väl till och med så som det är tänkt med anmälningsskyldigheten – men just när det gäller trycksår så menar jag att det är ett av våra största problem inom äldreomsorgen. Plågsamt för den som drabbas, möjliga att förebygga men nästan omöjliga att få bukt med när man väl fått dem.
- Vi vet – men vi tycker ibland att vi, som jobbar här alla dagar, blir lämnade i sticket. Ni är ganska många som utan direkt samordning ”ordinerar och delegerar” uppgifter till oss. Vi uppfattar att vi måste följa ”listan” till punkt och pricka trots att det både blir svårare för oss och jobbigare för den boende – annars riskerar vi att bli omtalade som lata.
- Hur gör ni då, när ni verkligen inte hinner med allt ”på listan”?
- Vi måste hitta så smarta lösningar vi kan och vi måste prioritera bort vissa saker. Vi utgår då från uppdraget och följer det. Det finns förstås vissa saker som vi inte kan prioritera bort. Hit hör allt det som hänger ihop med mediciner och ren omvårdnad.
- Sedan finns det annat som inte syns lika tydligt – inte lika direkt i alla fall – om ni inte gör. Dit hör kanske sådant som jag ordinerar?
- Ja ibland – det är det där med tiden igen. Om du bedömer att något, som vi inte hinner är viktigt, så borde du gå till chefen och ställa tuffare krav på en bättre bemanning. Du kanske kan kräva mer tid för oss.
- Skulle vi kunna tänka i termer av att försöka skaffa oss diskussionsunderlag med bättre kvalitet. Bättre förberedda möten? Genom en djupare förståelse för vad som är optimalt

för den boende och dessutom arbetsbesparande skulle vi kanske få fram mer realistiska lösningar. Det hjälper ju inte att bara påpeka att jag föreslår något olämpligt.

- Vi skulle säkert behöva en djupare diskussion och få reda på vad det "finns risk för..." istället för att bara få besked om att det är fel och otillräckligt det vi gör. Frågan är var vi hittar den tiden. Ibland vet vi också väldigt väl vad som vore bra för de boende men kan inte göra det som beslutats, därför att vi inte vet *hur* man gör.
- Nu hör jag nog att vi kommer in på den gamla surdegen med mina omöjliga "instruktionslappar" igen? Dom har vi pratat om i alla år. Vi kanske borde ta tag i vad det är som är det grundläggande problemet?
- Problemet med information och kunskapsöverföring gäller absolut inte bara dig. Vi har det ofta ganska rörigt med många vikarier. Då är det särskilt svårt. Men vi är också medvetna om att vi ofta inte tar till oss de verktyg, som erbjuds. I några fall beror det på att vi blir tilltalade på ett sätt som förminskar oss till "utförare" – och då "går automatbromsen i". I andra fall känner vi oss ifrågasatta och att vi blir betraktade som "mindre vetande". Det har hänt, att arbetsterapeuter och sjukgymnaster sätter sig på höga hästar och hänvisar till sin legitimation – och då känner man direkt " ... så du skall inte fråga varför eller ha en egen åsikt".
- Men det handlar förstås också om sättet att uttrycka sin kunskap – alltså om en bättre vuxenpedagogik. Instruktioner handlar ofta om hur man skall undvika att göra fel. Vi kanske skulle försöka tänka på hur instruktioner, som gör det "lätt att göra rätt" låter.

OCH – HUR LÖSER VI PÅ VÅR ARBETSPLATS BEHOVET ATT
DISKUTERA ÖVER YRKESGRÄNSERNA?

Och till sist ...

Varmt välkommen att medverka även i våra förbunds gemensamma och övergripande utvecklingsarbete mot ”det goda vårdarbetet” genom att skriva en rad till FSA om hur ni resonerat kring ovanstående fem fall. Då kan vi få hjälp att utveckla även de centrala fackliga strategierna kring dessa frågor. FSA har tagit på sig att ta emot de brev och mail som kommer in från er. På hemsidan www.fsa.akademikerhuset.se lägger vi under hand in information om de synpunkter som kommer in.

Nacka i maj 2010

Inga-Britt Lindström
Seniorrådgivare FSA,
Tidigare Förbundsordförande FSA

www.fsa.akademikerhuset.se

Ann Georgsson
ombudsman
Svenska Kommunalarbetsförbundet

www.kommunal.se