

# Det interdisciplinära samarbetets svårigheter och hinder

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

## **Introduktion/Förord**

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) är organisationen för legitimerade arbetsterapeuter. Förbundet fungerar som medlemmarnas företrädare i relation till arbetsgivaren men arbetar dessutom aktivt med opinionsbildning kring arbetsterapi och arbetsterapeuter och med professionsfrågor. Inom ramen för förbundets arbete för att bidra till en bättre arbetsmiljö för sina medlemmar har FSA de senaste 10 åren genomfört en lång rad kartläggningar och studier av medlemmarnas arbetsförhållanden.

Kommunal är det fackförbund som har motsvarande roll och funktion när det gäller undersköterskor och vårdbiträden. Också Kommunal har starkt intresserat sig för sina medlemmars arbetsmiljö och genomfört flera studier och kartläggningar i denna fråga. Detta material har tagits fram gemensamt av FSA och Kommunal.

Att ihållande stress är en hälsorisk i arbetslivet har vi vetat sedan länge. Samma reaktion uppstår emellertid vid så kallad frustration. Även frustration är därför en hälsorisk. Frustration är ofta allvarigare än stress eftersom dess negativa inverkan ofta inte uppfattas förrän det är för sent. Stress uppstår när man har för mycket att göra och inte tillräcklig kontroll över sina arbetsuppgifter. Frustration skapas då man hindras att fullfölja sitt arbete på ett som man själv anser godtagbart sätt. Stress kan elimineras genom att minska belastningen och förändra arbetssituationen. Frustration försvinner inte genom sådana åtgärder utan kan endast motverkas genom bättre samarbete med omvärlden och ökade möjligheter att få utlopp för sin ambition och gehör för sitt yrkeskunnande.

Studier av arbetsterapeuters arbetsförhållanden har visat att de ofta utsätts för situationer där de upplever frustration. De drabbas därför mer än de flesta andra yrkesgrupper av så kallad utmattningsdepression eller "utbrändhet". En källa till frustration är att effekten av det man gör rinner ut i sanden. Dessutom innebär detta en känsla av att resurser förslösas i en redan hårt ansträngd verksamhet. Istället för att arbetsbelastningen minskar genom det man gör så ökar den. Man befinner sig i ett ekorrhjul. FSA har därför tagit initiativ till att motverka uppkomsten av frustration. Detta studiematerial är ett exempel på ett sådant initiativ.

## **Interdisciplinärt samarbete – ett nytt krav i vården**

Den äldreomsorg vi har idag har sina rötter i hur vi såg på god omvårdnad av äldre på 50- och 60-talen. Utvecklingen under de senaste 20 åren har varit både snabb och omvälvande. Det kulturella arvet från tidigare långvårdsenheter gör det enligt många svårt att förändra verksamheten. Det nya handlar endast delvis om att det nu finns nya mediciner som löser vissa problem. De brukargrupper som nu och i framtiden är aktuella passar inte in i de institutioner och de system som då byggdes upp.

Erfarenheter och forskning visar att den omsorg som tidigare utgjorde 100% av verksamheten nu kanske bara utgör 1/3 av det som tiden måste räcka till. Det måste numera skapas en situation där varje brukare kan fortsätta leva ett för dem meningsfullt liv av god kvalitet under de år de har kvar att leva. Personer som behöver hjälp – men som inte alltid kan hävda sina egna intressen – måste också ges särskild uppmärksamhet. Kommuninnevånarna blir också mer kunniga och pålästa. Många brukare har aktiva närstående som med rätta ställer krav på vården och dess kvalitet.

Ambitionerna är väl klarlagda. Erfarenheterna visar emellertid att de faktiska resultaten inte alltid stämmer med visionen. Principerna är enkla men praktiken svår. Den kritik som uttalas tar ofta utgångspunkt i allt för enkla och triviala analyser som bygger på förutfattade meningar om arbetets karaktär. Man har lätt att utse ”syndabockar” och anklaga ”de andra” för bristande kompetens. Anställda i äldreomsorgen kan i ett sådant samtalsklimat bli orättmätigt anklagade för att inte förstå vad det handlar om, vara okunniga, inte sköta sitt jobb, vara oomoraliska etc. Det är ett gemensamt intresse för alla som arbetar i vården att motverka detta samtalsklimat.

Tre faktorer belyser de förändringar som skett och som medför att det ställs högre krav på det interdisciplinära samarbetet nu jämfört med förr:

- Man kan *först och främst* konstatera att det numera är vanligt att boende och patienter samtidigt behöver hjälp av samtliga yrkesgrupper. Att de olika yrkesgrupperna var för sig och isolerat från varandra erbjuder specialiserade behandlingar och uppföljningar är ineffektivt och vanligen alltför tidsödande och kostsamt. Det är först vid akuta tillstånd som en uttalad specialistvård är lämplig. Vardagen – och de förändringar i livsföringen som kan bli nödvändiga – måste klaras med bistånd av vårdcentraler, kommunal vårdpersonal och hemtjänst.
- Man kan *för det andra* konstatera att den huvudsakliga hjälpen – och också insatserna för att långsiktigt stödja brukarnas hälsa – måste genomföras av den omvårdnadspersonal som är i ständig kontakt med dem. De andra professionsföreträdarna måste i allt högre grad arbeta *indirekt* och *genom* omvårdnadspersonalen. Professionerna har växt fram genom sin direktkontakt med patienter. En sådan långvarig och kontinuerlig direktkontakt blir orimlig när det handlar om långvarig hjälp till enskilda brukare. Det blir då omvårdnadspersonalen som blir huvudpersoner. Detta innebär en särskild svårighet. Trots att åtgärderna utförs av undersköterskor och vårdbiträden känner de andra professionerna naturligtvis ansvar för att vad som görs ligger inom ramen för den egna professionens vetenskap och beprövade erfarenhet.
- Man kan *för det tredje* konstatera att varje insats som medför passivisering av brukaren är en starkt negativ och begränsande faktor för alla i vården. Inte enbart av moraliska skäl utan också av effektivitetsmässiga och praktiska. En aktiv brukare upptäcker och kan lättare beskriva sina symptom, problem, svårigheter och de egna möjligheterna än en passiv. Genom brukarens egen medverkan blir det enklare för all berörd personal att mera korrekt anpassa aktiviteter, hjälpmedel och förhållanden i omvärlden så att de är till glädje för denne.

## ***Det interdisciplinära samarbetets frustrationer***

Varje arbetsplats och team har ett osynligt samarbetsmönster och regelsystem. Det är detta som gör att verksamheten fungerar. Var och en reagerar på vad de andra gör och agerar efter vad man tror behövs 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. Eftersom alla deltar i att skapa det är det inte lätt för en enskild medarbetare att ändra det. ”Det sitter i väggarna”.

Vad man inte alltid tänker på är att samtalen på arbetsplatsen har en viktig funktion för att vidmakthålla detta mönster och skapa trygghet och stabilitet. Samtalen återspeglar varför man gör som man gör. De bestämmer vad som är godtagbart och inte godtagbart. De etablerar gränser och gör det möjligt att vara rättvis. De skyddar deltagarna mot att bli förfördelade och kränkta. De upprätthåller ordningen genom att formulera ett handlingsutrymme för var och en inom vilket denne förväntas agera. Sådana samtal är nödvändiga för att kunna skapa en god omsorg. Därför är arbetsplatsträffarna viktiga.

I samtalet kan man höra vilken bild som formas av brukarna och vilken roll de ges i samspelet. Vissa särdrag och egenheter lyfts upp därför att de har betydelse för det egna arbetet och vården. Andra negligeras och uppmärksammas inte eftersom man menar att de saknar betydelse för arbetet och omsorgens kvalitet. Bilden av brukarna varierar från arbetsplats till arbetsplats men också från yrkesgrupp till yrkesgrupp.

Undersköterskor som utbildat sig till arbetsterapeuter berättar att deras syn på brukaren kraftigt förändrats genom utbildningen. Detta är fullständigt naturligt eftersom man i arbetsterapeututbildningen lägger större vikt vid funktionerna hos brukarna än man tidigare haft anledning att ta hänsyn till i det rutinmässiga omvårdnadsarbetet. Samma skillnader i bilden av brukarna finner man också gentemot andra grupper som exempelvis läkare, anhöriga, politiker, ledning etc.

Det bör särskilt påpekas att bilden växer fram genom det praktiska handlandet och i samspelet med brukarna och med sina kollegor – inte i första hand genom teorier och modeller. När vi i denna text talar om det interdisciplinära samarbetet menar vi hur man i faktiska vårdsituationer klarar av att hantera det förhållandet att olika professioner har olika bilder av brukarna.

Om man misslyckas med det interdisciplinära samarbetet uppstår frustration hos den grupp eller person som inte får utlopp för sina ambitioner och som får *sin* uppfattning om vad som är god omvårdnad ifrågasatt. Denna känner sig hindrad, nedvärderad, underskattad och negligerad. Frustrationen kan endast undvikas om man i samtal – *exempelvis på ett ATP-möte – kan lyfta upp de osynliga regler som man gemensamt agerar efter och diskutera deras relevans.*

För att underlätta sådana samtal mellan just vårdbiträden, undersköterskor och arbetsterapeuter har arbetsterapeuter utifrån sina erfarenheter sammanställt några ”typiska fall” där de inte känner att de fått gehör för sin yrkeskunskap och där samarbetet som följde efter deras insats ur deras perspektiv inte blev särskilt lyckat.

## ***De sju fallen är inga undantag***

Fallen är hämtade direkt ur verkligheten, men bearbetade och valda så att de beskriver situationer där arbetsterapeutens försök att påverka vårdprocessen i en viss riktning inte blivit särskilt framgångsrika. Det kan finnas många olika förklaringar till detta. Det viktiga är att försöken misslyckats och därmed skapat frustration. Det viktiga är inte att fastställa vad som är "rätt" och varför det blivit som det blivit utan att klargöra vilka svårigheter och hinder som i de olika fallen riskerar att göra att det interdisciplinära samarbetet misslyckas.

Kollisionstillfällena är axplock ur praktiken – men inget statistiskt urval av situationer där arbetsterapeuter medverkar. Många som läst exemplen känner igen sig och har liknande erfarenheter – även om inte alla känner igen sig i alla exemplen. Självfallet finns det också betydligt fler typer av situationer – där samarbetet med andra specialister än just arbetsterapeuter är det mest framträdande i problematiken.

De sju fallen är exempel som kan vara utgångspunkt för samtal om hur man skulle kunna utveckla en allt mer konstruktiv samverkan mellan arbetsterapeuter, undersköterskor och vårdbiträden. Många av de teman som behöver diskuteras är likartade i de sju fallen. För att undvika upprepningar har vi därför medvetet begränsat vissa av fallen. Vi räknar med att samtalet ändå kommer att kretsa kring de teman som är relevanta på Er arbetsplats.

Fallen handlar om brukare som på grund av olika sjukdomar och funktionshinder är starkt beroende av personalen för att få det stöd och den hjälp de behöver och vill ha. 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. Detta ställer personalens kompetens på sin spets. Det handlar inte bara om den fysiska omvårdnaden och hjälpen.

Framgången i omvårdnaden bestäms därför både av *vad* som görs och *hur* det görs. Alla insatser kan, hur välmotiverade de än tycks vara, få motsatt effekt om de utförs olämpligt. De kan passivisera även om detta absolut inte är syftet. Arbetsterapeuter som, utifrån sin kunskap, tycker sig se att vårdarbetet ger negativa konsekvenser för brukaren och inte får gehör för sina förslag eller inte kan göra något åt saken blir då frustrerad

Både Kommunal och FSA har uppfattningen att verksamheten i allt högre grad måste bygga på att medarbetarna får ett ökat handlingsutrymme och ett ökat inflytande. Detta innebär vi som självständiga aktörer samarbetar med varandra i team och arbetslag. Genom att var och en får ett allt större inflytande ökar också kraven på att var och en deltar i en fungerande dialog, kan diskutera och kan ta egen ställning. De arbetsmönster och regler som tillämpas är inte bara chefens sak. De formas lika mycket av medarbetarna själva. Därför handlar det mycket om HUR man samtalar och diskuterar på respektive arbetsplats.

Syftet med diskussionsmaterialet är att fundera över frustrationens grund. Är den organisatoriskt betingad? Eller personlig? Borde inte den aktuella chefen ha ingripit i de beskrivna fallen och därmed sett till att det inte blev något problem?

Exemplen som presenteras kommer ursprungligen från arbetsterapeuters vardag. Varje exempel tar utgångspunkt i arbetsterapeutens situation som skapat frustration. De har därefter bearbetats och diskuterats i flera olika fokusgrupper – av undersköterskor och vårdbiträden, av arbetsterapeuter och av arbetsterapeuter som tidigare varit undersköterskor i många år.

Varje exempel avslutas med ett axplock ur svaren från vårdbiträden och undersköterskor som växt fram i diskussionen när exemplen presenterats och med frågor att diskutera.

## **Första exemplet - förflyttning**

Arbetsterapeuten besöker ett äldreboende. Hon hamnar i en diskussion om att personalen tycker att det är alldeles för tids- och arbetskrävande att hjälpa en boende att duscha. Man vill därför att arbetsterapeuten ser till att man får tillgång till en duschstol med hjul.

Arbetsterapeuten bedömer brukarens funktions- och aktivitetsförmåga och kommer fram till att personalen inte bedömt brukarens tillstånd korrekt. Hon anser att det skulle vara en avgörande fördel för brukaren om personalen istället regelmässigt medverkade till en aktiv förflyttning, och om så krävdes med stöd av två personer. Arbetsterapeuten oroar sig för att tillgången på en duschstol skulle kunna medföra att man inte ordnade arbetsformerna så att brukaren kunde vara aktiv utan istället vanemässigt utnyttjade duschstolen.

### **Personalens argument för en duschstol.**

Ingen här på avdelningen ifrågasätter att ”aktiv förflyttning” är att föredra. Men så är det inte alltid. Det kan vara så att brukaren vissa dagar har väldigt ont och inte klarar att gå. Det är också så att vi vissa dagar och vissa tider är alltför få för att genomföra en ”aktiv förflyttning”. Vi kanske bara är en person på avdelningen. I alla dessa fall behöver vi en duschstol.

Ett ”nej” till duschstol skulle begränsa brukarens handlingsfrihet. Genom ett nej ”tvingas” vi och brukaren anpassa oss till den lösning *arbetsterapeuten* tror mest på – inte den som i stunden är den mest lämpliga. Utan duschstol tvingas brukaren att välja att ”gå med stöd” oberoende av situationen.

Ett nej har ingen mening. Det bara skyddar arbetsterapeuten mot kritik. Ett ja till ”duschstol” skulle ha möjliggjort både att använda den när det var befogat, och då brukaren ville det – och

ha en aktiv förflyttning när det var möjligt. Innebär ett "nej" verkligen "brukarens bästa"? Hur gör man till exempel den dag då det tillfälligtvis kör ihop sig?

Det är uppenbarligen också en fråga om tillit. Det låter på arbetsterapeuten som om vi inte är betrodda att göra egna bedömningar. En sådan tillitsbrist kan inte lösas på studs. Vi skulle behöva ha betydligt mera tid – och mera kommunikation – för att gemensamt "ensa målen" och redogöra för våra bedömningar av brukaren. Vi kanske också skulle behöva andra typer av gemensamma planeringsmöten för att göra det möjligt för arbetsterapeuten att lita på vårt omdöme.

Vi undersköterskor arbetar så att vår yrkesgrupp ser brukaren hela dygnet. Vi kan se den faktiska variation i tillståndet som brukaren har. Arbetsterapeuten tar ibland ställning efter ett kort samtal och en ögonblicklig observation. Då blir dennes ordination byggd på otillräcklig information.

Det finns komplicerande saker i "vardagen" runt den äldre, som vi måste kunna ta hänsyn till i vår planering och som en arbetsterapeut på kort besök inte kan känna till:

- Någon kan vara väldigt trött på morgnarna men "pigga på sig" framåt eftermiddagen.
- Någon "rycker upp sig" inför främlingar men är sitt "vanliga jag" inför oss.
- Vissa ordinationer kan innebära arbetsmiljörisker för oss.
- "Gå med stöd" kan vara omöjligt för en brukare som just då har väldigt ont.

Här tycker vi att problemen med "evidensbaserad" kommer in. Arbetsterapeuten gör en bedömning och fastställer vilken åtgärd som skall utföras. Det finns risker med det. Man försöker då att standardisera och "göra lika överallt". Vi blir fångade i metodtänkandet. Då blir det svårare att individualisera. Vad som är bäst i just den aktuella situationen "beror ju på". Det är vi som måste göra den bedömningen.

*Diskutera: Vad stämmer och vad stämmer inte? Skulle vissa resonemang behöva fördjupas – vilka då? Finns det annat som borde utredas och klaras ut?*

## **Andra exemplet – förebyggande vård**

Vid ett besök på ett äldreboende konstaterar personal och arbetsterapeut att en boende behöver personlyft och lyftsele. Det går inte längre att manuellt hjälpa den boende. Arbetsterapeuten pekar emellertid samtidigt på att man borde ha kunnat förebygga den försämring som skett sedan hennes senaste besök. Hon vill få till stånd ett samtal om samarbetet på avdelningen och de rutiner man etablerat eftersom dessa kan ha medverkat till försämringen och att bristerna kan påverka andra boende.

### **Personalen anser inte att arbetsterapeuten skall lägga sig i hur de arbetar**

Vi vet mycket väl att man 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 tänkandet ingår också att vi inte heller skall göra konstgjorda aktiviteter; dvs. sådant som gör att brukaren känner sig löjlig. Vi ser inte värdet av att du som arbetsterapeut ytterligare en gång berättar detta för oss.

Vi tycker heller inte att ett rehabiliterande förhållningssätt alltid är realistiskt. Detta att ”göra själv om man kan” är självfallet bra men ställer ibland både oss och brukaren i svåra situationer där det blir omständligt, arbetsamt och bökigt. Många brukare överdriver systematiskt sin förmåga, sin ork och sin motivation när arbetsterapeuten är på besök – och många glömmer då bort att de senare på dagen varken orkar eller vill träna särskilt mycket.

Om brukaren är motsträvig blir det tungt för oss att genomföra det som arbetsterapeuten ordinerat. Vi vill ju inte tvinga någon som absolut inte vill – och vi ser ju också att brukaren fort blir väldigt trött.

Många brukare vill också 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 knepigt att ta konflikten och kanske riskera att bli anmäld.

Att införa ett rehabiliterande förhållningssätt är dessutom arbetsmässigt komplicerat. Vi har olika pass och rutiner som inte alltid lätt kan anpassas till den rehabiliterande tanken. Det är därför ingen idé att Du 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. Då skulle Du se hur svårt det förebyggande arbetet är.

***Diskutera: Vad stämmer och vad stämmer inte? Skulle vissa resonemang behöva fördjupas – vilka då? Finns det annat som borde utredas och klaras ut?***

### **Tredje exemplet – komfort**

Arbetsterapeut och personal diskuterar en boende som inte orkar sitta uppe någon längre stund. Personalen menar att denne skall ha en komfortrullstol med nackstöd som kan tiltas. Då skulle personalen inte behöva lägga den boende under dagen utan denne skulle kunna vara uppe hela tiden.



Personalen argumenterar för att det är bättre för brukaren att denne ges möjlighet att använda komfortrullstolen både för att vara uppe och för att vila. Arbetsterapeuten ser det inte så. Hon menar att en sådan lösning inte ger personen den vila denne behöver och kan få i sin säng. Arbetsterapeuten menar att personalen av hänsyn till den boende bör ta på sig arbetet att lägga denne även om en komfortrullstol naturligtvis kan vara önskvärd.

### **Varför göra det komplicerat när det kan vara enkelt?**

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 arbetsterapeuter, sjuksköterskor, sjukgymnaster, dietister, kuratorer osv. Flera av dessa kan i sin tur också ha olika huvudmän – som inte heller kommunicerar med varandra. De lever ofta i helt olika världar.

Det argument Du för fram för att vi inte skall få genomföra en arbetsbesparande lösning är en petitess i det stora hela. Självklart kan vi när det så behövs lägga den boende mitt på dagen även om denne har en komfortrullstol. Varför göra detta till ett problem?

Vi vill alltid ta maximal hänsyn till brukarens egna uppfattningar och anpassa oss både till den aktuella situationen och till brukarens dagsform, men vi söker förstås de enkla lösningarna som både är praktiska och arbets- och tidsbesparande. Detta är en sådan lösning.

***Diskutera: Vad stämmer och vad stämmer inte? Skulle vissa resonemang behöva fördjupas – vilka då? Finns det annat som borde utredas och klaras ut?***

### **Fjärde exemplet – lyft**

Ett äldreboende kontaktar en arbetsterapeut för att man önskar få byta lyftsele till en brukare. Man vill ha en lyftsele som kan sitta kvar på personen både i säng och i rullstol. Detta skall enligt personalen spara både tid och arbete. Arbetsterapeuten påpekar att en sådan lösning är opraktisk och till nackdel för personen eftersom vilan därmed blir obekvä. Lyftselen kan leda till skav- och liggsår. Hon ser inte varför momentet att få på och av seglet i rullstolen skulle behöva vara ett problem. Det tillhör arbetet. Arbetsterapeuten menar att lösningen ligger i en förbättrad träning i lyft och förflyttning.

### **När skall vi träna?**

Det är möjligt att taken på en lyftsele som sitter kvar på personen är orealistisk men det är också ordinationen att vi kan lösa detta genom att träna lyft. Det är ett grymt faktum att vi inte har tid för allt vi skulle behöva göra. Därför måste vi finna så smarta lösningar vi kan och

prioritera bort vissa saker. Vi utgår 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 – som man inte gör. Dit hör många saker som arbetsterapeuten ordinerar. Om det är viktigt så borde arbetsterapeuten gå till chefen och ställa tuffare krav på en bättre bemanning och kräva mer tid för oss. Exemplet visar förstås att våra interna lösningar behöver ifrågasättas. Det visar också att de bör ledas in i mer konstruktiva banor så att det blir lättare för oss. Det är ingen hjälp att ge oss rådet att träna. Vi tycker att vi genom arbetsterapeutens insats blir lämnade i sticket.

Möjligen skulle ett bättre kunskapsunderlag hjälpa. Genom en bättre förståelse för vad som är optimalt och dessutom arbetsbesparande skulle vi kanske få fram mer realistiska lösningar. Men det är helt otillräckligt att påpeka att vi föreslår något olämpligt. Vi skulle behöva en djupare diskussion och få reda på vad det "finns risk för..." istället för att bara få besked om att det är fel det vi gör.

Vi är medvetna om att det finns kunskapsbrister i äldrevården men de kan inte lösas med triviala och självklara påpekanden. Det handlar snarare om att lösa det praktiska hanterandet på ett bra sätt. Många tror att det är lätt att *utföra* äldreomsorg. De tror att äldreomsorg är något självklart som alla automatiskt kan och är födda med. Ibland vet vi vad som vore bra men kan inte göra det som beslutats därför att vi inte vet hur man gör.

Förslaget från arbetsterapeuten i detta fall är också ett av många exempel på "okänsliga ordinationer", där vi som är undersköterskor prioriterar helt annorlunda än till exempel arbetsterapeuterna. Det kan i många fall vara fullt rimligt att minska krånglet med en boende som kanske inte har så långt kvar. Ett liknande exempel som vi mött i den palliativa vården är de krav vi får på "vändningar" varannan timme för att undvika liggsår. Vi menar att en döende patient inte skall störas genom att vändas "stup i kvarten".

Just trycksår är en känslig fråga. Sådana personer som inte direkt arbetar i arbetslaget – utan ger ordinationer som vi skall fullfölja – verkar vara väldigt rädda för trycksår och vill till varje pris undvika att bli anmälda. Vi uppfattar därför att vi måste följa "listan" till punkt och pricka trots att det både blir svårare för oss och den boende – annars riskerar vi att bli omtalade som lata.

***Diskutera: Vad stämmer och vad stämmer inte? Skulle vissa resonemang behöva fördjupas – vilka då? Finns det annat som borde utredas och klaras ut?***

## **Femte exemplet – hjälpmedelsinstruktioner**

En avdelning kontaktar arbetsterapeuten angående en boende som fått ett sämre allmäntillstånd och som inte sitter bra i sin rullstol. Arbetsterapeuten bedömer vid besöket att den boende behöver bättre stöd för ryggen. Arbetsterapeuten provar ut en ny rullstol med hög rygg och lämnar ut en extra dyna. Denna extra dyna skall användas vid de tillfällen personen orkar sitta uppe en längre stund. Arbetsterapeuten informerar kontaktpersonen muntligt om detta och återkommer efter några dagar för uppföljning.

Arbetsterapeuten får nu information om att den boende suttit uppe längre stunder under dagen utan den förebyggande dynan. Personen i fråga har fått en irriterad hud och början till trycksår. Arbetsterapeuten skriver ner instruktion om sittandet, som lämnas både till personalen och till enhetschefen. Beställer dessutom en läkande anti-decubitusdyna för den boende att sitta på i rullstolen.

Åtgärden kompletteras med att arbetsterapeuten ger skriftliga instruktioner som sätts upp på en synlig plats. Instruktionen handlar om hur man skall känna skillnad på olika dynor med olika ändamål och funktion. Den handlar också om hur man skall ordna med sittkuddar och andra arrangemang. Vid besöket informerar arbetsterapeuten den medarbetare som är i tjänst just då. Vid uppföljningen visar det sig att instruktionen tappats bort och sittdynan ligger oanvänd.

## **Vi känner igen situationen**

Vi tar inte till oss de verktyg, som erbjuds av till exempel arbetsterapeuter. Frågan är varför? I några fall beror det på att vi blir tilltalade på ett sätt som förminskar oss till ”utförare” – och då ”går bromsen i”. I andra fall känner vi oss ifrågasatta och att vi blir betraktade som ”mindre vetande”. Det händer också att arbetsterapeuter sätter sig på höga hästar och hänvisar till sin legitimation – ”... så du skall inte fråga varför eller ha en egen åsikt”.

***Diskutera: Vad stämmer och vad stämmer inte? Hur kan problemet lösas? Skulle vissa resonemang behöva fördjupas – vilka då? Finns det annat som borde utredas och klaras ut för att undvika att det sker som sker?***

## **Sjätte exemplet – kunskap om lämpliga sittställningar**

I ett hemtjänstdistrikt fanns en brukare med stora funktionshinder och som därför hade personlig assistans dygnet runt. Brukaren var helt rullstolsbunden, Han kunde bara röra ena handen och kunde inte tala. Han har två komfortrullstolar; en rullstol med hjälpmotor och en rullstol för inomhusbruk. På grund av medicinering har han lätt att få trycksår om det skaver det minsta från benstöd etc.

Arbetsterapeuten har sedan länge engagerat sig i denna patient för att hjälpa honom att få en bra sittställning i rullstolen och att förebygga trycksår. Arbetsterapeuten är därför angelägen att förmedla så mycket information som möjligt om vad hon lärt sig till assistenter och vårdteam – exempelvis hur länge personen bör sitta uppe vid varje tillfälle och vikten av vila.

Hon poängterar också att antidecubitus dynan skall flyttas över till den andra rullstolen när personen vill ut. Arbetsterapeuten instruerar också vårdteamet om hur de kan hjälpa honom att ändra sittställning med hjälp av att vinkla rullstolen samt hur dynan skall skötas och pumpas.

När arbetsterapeuten gör uppföljning är det nya assistenter där. Den information de säger sig ha fått var inte den arbetsterapeuten förmedlat. Åtgärderna överensstämmer heller inte med de som arbetsterapeuten tidigare instruerat personalen i och muntligt informerat om.

De nya assistenterna ansåg att de tillsammans med vårdteamet hade skaffat sig en egen och tillräcklig förståelse av situationen. Enligt dem kunde brukaren mycket väl vila i rullstolen. Dynan fick bara inte vara för hårt pumpad. Brukaren hade vid besöket av arbetsterapeuten trycksår på benen eftersom han inte lämnat rullstolen på dagarna.

### **Olämplig pedagogik och orealistiska förväntningar**

Vi har många vikarier. Vi kan inte alltid vidmakthålla kontinuiteten. Vikarier och ordinarie personal har ofta väldigt lite på fötterna för att hantera så svåra fall som detta. Alla gör förstås sitt bästa och tror på vad de gör. Vi har ett utvecklat system med genom genomförandeplaner – men det är inte alltid de blir de levande dokument som det är tänkt. Man måste ofta improvisera.

Du måste därför vara noga med att den typ information det här handlar blir förstådd och går fram. Det är förstås inte godtagbart att man inte följer instruktionerna men man kan i detta fall inte enbart lasta personalen för misstaget. Vi tycker att de medarbetargrupper, som ni arbetsterapeuter, som delegerar uppgifter till oss, borde tänka mer på de svårigheter som finns att förmedla och sprida information – särskilt när det gäller praktisk verksamhet. Det räcker inte att lämna instruktioner på ett papper. Det räcker inte att ge information om hur man skall göra. Man måste också som personal få klart för sig meningen och betydelsen.

Problemen att följa instruktioner handlar varken om ovilja eller om okunnighet! Vi måste sluta att ”skyffla runt skulden” – vi måste i stället se till att alla som deltar i verksamheten också delar ansvaret för att all nödvändig information går fram till alla som berörs. Paradoxalt nog kan man säga att medarbetarna i detta fall tagit sitt professionella ansvar. De har trott på sin egen kunnighet – även om utfallet inte blev som arbetsterapeuten tänkt sig.

***Diskutera: Vad stämmer och vad stämmer inte? Skulle vissa resonemang behöva fördjupas – vilka då? Finns det annat som borde utredas och klaras ut?***

## **Sjunde exemplet – vardagsrehabilitering**

En snart nittioårig kvinna bor hemma. Hon har ledgångsreumatism och en nedsatt syn som medför vissa balanssvårigheter men är i övrigt frisk. Hemtjänstpersonalen finner henne efter att hon snubblat på en matta och ådragit sig ett brott på nyckelben och underarm. Hon får åka till sjukhuset för att bli omskött men kommer hem efter någon dag.

Biståndshandläggaren är med på vårdplaneringen. Man kommer där fram till att damen bör skickas hem i rullstol på grund av att hon har armen i mitella, är osäker på benen och har nedsatt rörlighet. Man föreslår från sjukhuset en mängd hjälpmedel – bland annat en mobil duschstol. Man fastställer 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 skall läkas.

Arbetsterapeuten i hemtjänsten gör emellertid bedömningen att det är viktigt att kvinnan genom egen aktivitet får göra allt i sina dagliga rutiner som hon klarar av. Hon behöver så mycket som möjligt upprätthålla sin övriga aktivitetsförmåga till den dag då skadan är läkt. Sitter hon i rullstol och blir hjälpt med allt kommer det bli svårt för henne att komma igång och göra vad hon tidigare klarat. En rullstol är enligt arbetsterapeuten dessutom i vägen för hennes möjligheter att bevara sin aktivitetsförmåga.

Arbetsterapeutens bedömning är att kvinnan istället för rullstol behöver extra hjälp för att "komma igång" med att röra sig trots att hon har sin armskada och mitella. Instruktionen från sjukhuset var alltså enligt arbetsterapeuten olämplig. Hemtjänsten hävdade emellertid något annat. De menade att instruktionen från sjukhuset var tillämplig.

Ett skäl var att de inte ansåg sig kunna ta ansvar för den typ av rehabilitering som arbetsterapeuten rekommenderade. Det hade man varken personal eller utbildning till. Man påpekade i stället risken att damen utan rullstolen än en gång kunde ramla och förvärra skadan.

### **Rätt men fel**

Vi fattar i de allra flesta fall varför arbetsterapeuten föreslår det hon föreslår – men vi prioriterar annorlunda. Vi behöver uppenbarligen bli tydligare på varför vi gör den prioritering som vi gör. Vi förstår mycket väl att den typ av stöd det i detta fall handlar om är viktigare än att städa. Men vi är för få. Vi har ofta en hel massa olika saker att ta hänsyn till – tider som skall

passas osv. Vi kan förstå att damen får problem av att inte få den hjälp arbetsterapeuten föreslår men i de allra flesta fall ser vi ingen möjlighet att bistå med den. Då är det bättre att hon får möjlighet att klara sig med en rullstol.

***Diskutera: Vad stämmer och vad stämmer inte? Skulle vissa resonemang behöva fördjupas – vilka då? Finns det annat som borde utredas och klaras ut?***

### ***Och dessutom vill vi vårbiträden och undersköterskor tillägga***

Det finns många ställen där både verksamheten och samarbetet över yrkesgränser fungerar mycket bra. Vi är många som också har väldigt goda erfarenheter av att samarbeta med arbetsterapeuter. De kan lära oss ganska geniala men enkla knep för att få en patient att själv hjälpa till. Det finns mycket som arbetsterapeuter kan bidra med:

- Det finns fantastiska hjälpmedel
- De kan ge förslag som förbättrar vår egen arbetsmiljö
- De kan lära ut mera precisa tekniker – till exempel hur en brukare skall sätta fötterna för att bättre kunna hjälpa till att resa sig – även om vi redan inser att aktivitet är bra för brukaren

Ett sätt att tala om de sju fallen skulle därför kunna vara att formulera de *goda* exemplen snarare än de dåliga. Det vill säga att istället för att fokusera på problemen komma fram till vad som är rimligt att göra när det inte fungerar:

- Man kanske skulle kunna skriva en gemensam policy för vanliga situationer – dvs. insatser som fungerar både för patienten, för arbetsterapeuten och för oss.
- Vi kanske skulle försöka formulera instruktioner som gör det ”lätt att göra rätt”.
- Vi kunde bli tydligare på varför vi prioriterar annorlunda än arbetsterapeuter; det kan handla om att vi behöver passa tider i stället för att göra det som föreslagits i planen osv.

Det är hur som helst ofta vi som får ta konflikten med vårdtagaren/brukaren när denne inte vill göra det som är beslutat av arbetsterapeuten. Då blir vi syndabocken. Då gäller det att orka ta det. Vi talar dessutom väldigt sällan om att kommunikationen med brukarna inte fungerar. Sex brukare fungerar som vanligt och en ändrar sig. Då måste vi förstå varför – mera och djupare. Här skulle arbetsterapeuten kunna hjälpa till.

Det är en vanlig källa till irritation att alla vi, som arbetar runt en och samma brukare, inte kommer till tals om föreslagna aktiviteter för att förebygga en passivisering. Det finns självfallet olika åsikter i arbetslagen om vad som är bästa prioriteringen – bästa användningen av tillgängliga resurser – just då. En bättre dialog av den typ som här föreslås är önskvärd.

Alla beslutade åtgärder signeras – men vi borde arbeta mer för att ”samsas”. Den bästa analysen börjar i brukarens situation – och där man tvärs över yrkesgränserna tar sig tid att utforska ” vad ser du – och vad ser jag?”.

Det behövs också att vi tar tag i problemen med:

- Otillräckligt utbildade vikarier
- Täta byten av personal
- När det krockar med andra yrkesgrupper
- När det hörs att det strular

Självfallet följer vi det som biståndshandläggaren beviljat – men behovet ändras ju direkt när brukaren till exempel blir sjukare eller ramlar. Hur vi kan hantera dessa ”snabba kast” är också en fråga.

**Diskutera: Arbetsterapeuten diskuterar hur de kan hjälpa till Hur påverkar detta arbetsterapeutens arbete? Kan det mildra frustrationen och i så fall varför?**

---

### ***Och till sist ...***

Varmt välkommen att medverka även i vårt gemensamma och övergripande utvecklingsarbete mot ”det goda vårdarbetet” genom att skriva en rad till FSA om hur ni resonerat kring ovanstående sju fall. På hemsidan [www....](http://www.fsa.akademikerhuset.se)

Nacka i mars 2010

Inga-Britt Lindström  
Seniorrådgivare FSA,  
Tidigare Förbundsordförande FSA

[www.fsa.akademikerhuset.se](http://www.fsa.akademikerhuset.se)

Ann Georgsson  
ombudsman  
Svenska Kommunalarbetareförbundet

[www.kommunal.se](http://www.kommunal.se)