

starkare arbetsterapi bättre primärvård?

*tre berättelser om
relevant kunskapsutveckling och kunskapsspridning
för arbetsterapeuter i dagens och framtidens primärvård*

sammanställda och kommenterade av
Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg



Ett samarbetsprojekt mellan Familjemedicinska institutet (FAMMI)
och Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA)

Starkare arbetsterapi – Bättre primärvård

Tre berättelser om relevant kunskapsutveckling och kunskapsspridning för arbetsterapeuter i dagens och framtidens primärvård.

Sammanställda och kommenterade av
Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

Upplaga 031112

ISSN 1102-4615 no 102, januari 2004

ISBN 91-85017-00-0

Rapporten kan beställas från
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
Box 760
131 24 Nacka
telefon Marie Norin 08 466 24 19
Webbsida: www.fsa.akademikerhuset.se

Rapporten ingår också som Rapport 102 i
Kunskapsabonnemanget Samarbetsdynamik
Ölsdalen 134, 693 91 Degerfors
Webbsida: www.samarbetsdynamik.se
Email: info@samarbetsdynamik.se

©FSA, Fammi och författarna 2003

Förord

Familjemedicinska institutet (Fammi) har i uppdrag att vara ett nationellt center för kunskapsutveckling och kunskaps-spridning inom primärvården, som omfattar både verksamhet i landsting som kommuner.

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) är en yrkesfacklig organisation för arbetsterapeuter med uppgift att ta tillvara medlemmarnas intressen och medverka till arbetsterapeutyrkets utveckling. Tillsammans har Fammi och FSA genomfört det projekt som redovisas.

För båda organisationerna är det angeläget att få fram ett empiriskt material, som dels tydliggör de svårigheter arbetsterapeuter möter i sin yrkesvardag inom landstingets och kommunernas primärvård, dels ger vägledning om hur dessa svårigheter skall kunna tacklas i framtiden. En annan viktig fråga, som kräver ett svar, är hur arbetsterapeuter bedömer möjligheterna att få tillgång till den kunskap de behöver idag och i framtiden.

För att på ett kvalitativt sätt kunna få fram den kunskap vi söker, valde vi metodiken med fokusgrupp. Valet av metod var inte svårt, eftersom vi ville få fram ett empiriskt material i form av berättelser, som skall stödja oss i diskussioner, analyser, samtal och strategiska bedömningar.

Vi har gjort urvalet av deltagare till de tre fokusgrupper, som det slutligen blev, i samarbete med FSAs kretsar. För att få en så stor representativitet och geografisk spridning som möjligt har vi sökt deltagare från samtliga kretsar.

Hälften av deltagarna kommer från landstingens verksamhet och hälften från kommunernas. Detta överensstämmer med fördelningen av de verkliga arbetsterapeutresurserna i primärvården. De berättelser som skapats genom fokusgrupperna står för de 34 deltagarnas uppfattningar, men vår förhoppning är att bredden och mångfalden ska komma fram i materialet.

Vi förväntar oss att resultatet av denna studie ska kunna leda till olika prioriteringar och ställningstaganden, när det gäller insatser för just kunskapsspridning och kunskapsutveckling för arbetsterapeuter. För att åstadkomma detta, kommer vi att välja olika vägar och olika diskussioner, som ibland kan komma att förenas.

Det material vi här har ger oss denna möjlighet. Det belyser den mångfald som svensk arbetsterapi i primärvård har. Det har varit mycket inspirerande för oss att ta del av den

kunskap och de reflektioner om arbetsterapi och angelägna områden för kunskapsutveckling som kommer fram i materialet. Vi kan också se hur materialet på olika sätt stöder oss i redan pågående aktiviteter men samtidigt ger oss idéer om hur vi bör gå vidare. Några av våra kommentarer finns i fotnoter.

Vår förhoppning är att du som läser detta ska få ut mycket av materialet. Rapporten kan självklart läsas i sin helhet, men delarna kan också läsas var för sig.

Ett varmt tack till alla deltagare i fokusgrupperna. Er tid, ert engagemang och era kunskaper har gjort detta möjligt. Ett stort tack också till Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg för ert arbete. Vi slutar aldrig förundras över den kompetens ni besitter och över det sätt ni behärskar språket. Till sist ett tack till alla andra som på olika sätt bidragit till denna rapport.

Nacka och Stockholm 12.11.2003

Inga-Britt Lindström
Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Christina N Lundqvist
Famijemedicinska Institutet

Innehåll

Avsnitt 1 – Inledning	1
Avsnitt 2 – Resonemang och utgångspunkter som bildar projektets plattform	11
Avsnitt 3 – Varför fokusgrupper? Metodologiska överväganden	39
Avsnitt 4 – Tre samtal mellan erfarna arbetsterapeuter	51
Avsnitt 5 – Reflektioner	129
Avsnitt 6 – Referenser	157
Appendix – Presentation av deltagarna	161

AVSNITT 1

Inledning

Vi åtog oss med glädje detta uppdrag – men också med viss bävan. Frågan om kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom primärvården leder in i frågor om kunskapsfilosofi, om vad kunskap är, om kopplingen till evidens och empiri. Och inte minst hur framtidens kunskapsgenerering och kunskapsspridning bör formas för att åstadkomma en för samhället värdefull primärvård.

Om man inom primärvården kunde göra som man alltid gjort och bygga sin forskning och kunskapsspridning på etablerade arbetsformer så skulle frågan varit enkel. Vi hade då kunnat göra en konventionell inventering. De förberedande diskussioner vi haft med FSA och Fammi, liksom våra andra uppdrag och studier på området, visar något annat.

Inom båda organisationerna söker man sig fram. FSA finner att deras professionella paradigm som bygger på autonomi, delaktighet och aktivitet leder dem rakt in i de centrala samhällsfrågorna.

FSAs paradig har exempelvis betydelse för:

- Hur man kan bidra till att minska arbetslivets ökande ohälsa.
- Hur man kan medverka till att sjukvården i högre grad än nu förmår hantera människors psykosomatiska och psykosociala lidande.
- Hur man i och genom sin profession kan motverka utslagning från arbetslivet?

Detta leder till nya krav på arbetsterapeuters kompetens och därmed också behov av professionell fortbildning inom yrket.

Fammi har liknande ambitioner när det gäller att utveckla primärvården kompensmässigt. Man prövar sig där fram med nya utbildningsformer. I sin beskrivning av så kallade FQ-grupper där F står för fortbildning och Q för kvalitetsutveckling konstaterar man således

- att professionell kompetens är förmågan att gemensamt med varandra lösa vardagens uppgifter snarare än att besitta en stor mängd faktakunskaper
- att fortbildningen därför bör kopplas till de vardagsproblem man gemensamt möter

- att lärandet bör vara självstyrt och interaktivt för att på ett bra sätt stödja det praktiska yrkeskunnandet
- att initiativet därför bör komma från individen själv.

Resonemangen är väl förankrade i existerande erfarenheter och kunskap om lärande. Man behöver emellertid inte komma särskilt långt in i utbildnings- och forskningssystemen för att konstatera att dessa institutioners praxis många gånger bygger på helt andra utgångspunkter.

De frågor som ställdes av våra uppdragsgivare skulle därför tvinga in oss i frågeställningar där vi anser att det etablerade språkbruket om sådant som kunskap, utbildning och problemlösning absolut inte är tillräckligt precist – och ibland till och med leder tanken fel och döljer det som borde uppmärksammas.

Man konstaterar också - med rätta - att kunskaperna om fortbildning i vården är begränsade och att det finns få studier inom området. Vi insåg att vi, för att anpassa studien till Fammis och FSAs behov, skulle bli tvungna att arbeta fram en egen kunskapsplattform. Inte för att gå in i den kunskapsfilosofiska debatten eller ta ställning till vilka fortbildningsmetoder som skulle krävas, utan enbart för att själva kunna förena alla de olika resonemang som skulle visa sig i och genom de fokusgrupper vi skulle initiera.

Vi har därvidlag tagit avstamp i begreppet problem. Då inte problem så som man oftast talar om dem som något som man skall försöka organisera bort och som ledningen skall ta hand om ifall de uppträder - utan just vardagsproblemen. Vi har således tagit fasta på att det man ser som vardagsproblem kan vara en kunskapsfråga. Problemen skulle således kunna upplösas – så att de inte längre var några problem – om man genom exempelvis FQ-grupper kunde förstå deras grundläggande natur. En fördjupning av denna tanke återfinns i Avsnitt 2.

I linje med detta resonemang blir det viktigt att förstå hur de problem formuleras som man som arbetsterapeut ser sig möta i dagens och framtidens primärvård. Skall man följa FSAs yrkesparadigm och Fammis ambitioner med fortbildning så blir det mera väsentligt att förstå hur problemen formuleras av dem som deltar i vardagsarbetet än att skapa övergripande lösningar.

Med denna kunskapssyn kommer yrkesutveckling och fortbildning inom primärvården att kunna ersätta förändringsarbeten genom organisatoriska strategier och minska behovet av mera resurser eller av politiska prioriteringar. De problem som formuleras i dag skulle således med en god kunskapsutveckling kunna lösas upp så att de upphör att finnas. Därmed kommer förstås andra problem att ta deras ställe i en evig fortbildningsprocess. Av detta skäl blir fokusgrupper den relevanta metoden.

Fokusgrupper är en metod genom vilket det blir möjligt att få grepp om hur man inom en viss grupp tänker om och formulerar sin situation. Eftersom vardagsproblemen skall lösas i vardagen blir det således viktigt att förstå hur man inom gruppen formulerar sina problem för att omvärlden skall kunna förstå vilka insatser som skulle kunna göras för att den kunskap skall kunna genereras – eller tillföras – som gör att problemen upplöses. De metodologiska övervägandena för att använda fokusgrupper just i denna studie belyses djupare i Avsnitt 3.

Det empiriska materialet har baserats på tre fokusgrupper. Samtalen i dessa genomfördes sekventiellt, dvs. en senare fokusgrupp hade tillgång till och kunde i sitt samtal utgå från en inledande sammanfattning av samtalet i tidigare fokusgrupper. Senare fokusgrupper kom på så sätt att medverka till att fördjupa och precisera materialet snarare än att, som vid en design med parallella grupper, visa på graden av oberoende samstämmighet.

Deltagarna är definitivt inget slumpmässigt urval. De är noga och strategiskt utvalda därför att de på olika sätt aktivt deltagit i förbundets strategiska diskussioner om primärvårdens framtid och i diskussioner om en relevant fortbildning. Samtliga av förbundets lokala kretsar tillfrågades om representanter för att garantera en god geografisk spridning. Hälften av de inbjudna arbetar inom landstingens primärvård och hälften kommer från kommuners hälso- och sjukvård.

Deltagarna i fokusgrupperna betraktas som medforskare så att vi gemensamt kan skapa så pregnanta, relevanta och precisa problemformuleringar som möjlig. De informerades om projektets frågeställningar och hur materialet skulle användas och de ombads att med hjälp av samtalet i gruppen erbjuda våra uppdragsgivare en så rättvisande berättelse som möjligt av hur arbetsterapeuter resonerar. Vi hjälptes åt att inrikta samtalet på sådant som vi trodde att våra uppdragsgivare skulle ha nytta av att veta.

Samtalen dokumenterades på ”väggtidningar” och överfördes efteråt till en löpande text. Dessa texter har lästs och korrigerats av deltagarna tills de uppfattades vara en tillräckligt korrekt spegling av det man i gruppen velat lyfta fram. De tre berättelserna återfinns i sin helhet i Avsnitt 4. De 34 deltagarna i fokusgrupperna och vi som genomfört projektet presenteras i Appendix.

Det moderna arbetslivets annorlunda natur har varit ett underliggande tema i många av våra studier på senare år. Vår erfarenhet är att en ökad kunskap om denna ”annorlunda” kan medföra att många av dagens arbetslivsproblem kan lösas upp. Det betyder inte att svårigheterna försvinner – bara att man bättre förstår vad som behöver bli gjort för att de skall övervinnas. Vi har till exempel erfarenhet av att både ohälsotal och känslan av resursbrist i arbetslivet i många fall hänger samman med att man använder sig av språkliga konstruktioner som inte räcker till för att komma till tals om vad som vore konstruktiva strategier.

Tanken att vi i det moderna arbetslivet måste använda andra begrepp för att uppmärksamma hur verksamheten skapar hälsorisker formulerades i projektet ”Samtal med arbetsterapeuter om arbetsmiljöns brister, risker och glädjeämnen” (FSA oa 2002). I ett arbetsliv där man organiserar sig i tvärprofessionella team uppstår helt andra svårigheter och slitningar än där man ser sig som en oberoende kugge i ett maskineri. De gamla kända arbetsmiljöproblemen försvinner visserligen men det uppstår helt nya, som måste beaktas.

Nya möjligheter ökar ambitionerna och gör arbetslivet både tätare och med högre tempo. Ny kunskap ändrar bedömningen av vad som är etiskt försvarbart och tvingar fram en förändrad praxis och krav på individualisering. Ansvarstagande personer tillåts i det moderna arbetslivet att göra helt egna bedömningar och välja att göra avsteg från den etablerade standardrutinen för att öka effektiviteten – förutsatt att andra har tillit till deras omdöme. Och de kan ställas till personligt ansvar för sina val.

Som framgår av FSAs och Fammis egna skrifter så kommer kunskap och kompetens att ändra karaktär. Detta tema behandlas i många vetenskapliga texter. Vi uppmanas där att göra skillnad på kunskapsformerna poesis, praxis och fro-nesis (Ramirez 1995; Gustavsson 2001). Varje kunskapsform har sin pedagogik och sin speciella metodik för kunskapsge-nerering. I det moderna arbetslivet sägs ofta att gott omdöme och handlingsklokhed blir allt viktigare. Men det vardagliga

språket – det vill säga det språk med vilket vi i vardagen skall kommunicera om de praktiska konsekvenserna av denna utveckling – hänger inte med.

Det faktum att många klagar på den fortbildning man erbjuds från konsulter och utbildare – även när den genomförs föredömligt – är ett tecken på att vi inte förmår uppmärksamma de nya kunskapsproblem som finns. Om omvärld, kursledare och elever uppfattar utbildning som om det fortfarande gällde att förmedla fysiska fakta från dom som vet till dom som inte vet så hjälper det inte att man presenterar nya utbildningsformer som exempelvis FQ-grupper. Aktiviteten i dem blir ändå densamma som i den gamla utbildningen.

Detta är ett välkänt problem för alla som försökt introducera dessa nya utbildningsformer. Begrepp som förståelsehorisonter dyker därför upp i den vetenskapliga litteraturen i försöken att komma vidare med kompetensfrågan också i praktiken (Sandberg, Targama 1998) – liksom följdfrågorna om hur man kan upptäcka sådana horisonter, avgöra vitsen med att de vidgas och medverka till att så blir fallet. Vi gör i Avsnitt 5 ett första försök att betrakta det empiriska materialet med dessa nya kunskapsfilosofiska utgångspunkter.

Det empiriska materialet är ett faktum. Så samtalade tre grupper av erfarna arbetsterapeuter från primärvården om den aktuella frågan. Det empiriska materialet visar därför hur erfarna arbetsterapeuter formulerar professionens och

primärvårdens vardagsproblem. Analysen av vilka insatser som då måste till måste göras av dem som bättre än vi kan se kunskaps- och kunnighetsbehoven genom det berättelserna visar.

I Avsnitt 6 återfinns de litteraturreferenser som vi på olika sätt funnit användbara och som givit oss inspiration i tankandet inom projektet.

AVSNITT 2

Resonemang och utgångspunkter som bildar projektets plattform

Vardagslärandet och den professionella yrkesrollen är en viktig fråga både för FSA och Fammi. Från olika utgångspunkter kommer man fram till samma slutsats. Det moderna arbetslivet kräver att varje medarbetare får större kunnskap att individuellt och gemensamt med andra hantera vardagsproblem. Här skiljer sig tankemönstret radikalt från vad som varit praxis i det industrisamhälle där också vården hämtat sina organisationsmodeller.

Enligt den tayloristiska tankefigur som tidigare präglat organisationstänkandet, så skulle ”problem” man mötte ”på golvet” hanteras av experter, stab och ledning. De skulle organiseras bort så att utförarna inte behöver distraheras.

Problem som uppstår i och genom verksamheten blir med denna definition experternas och ledningens problem – inte medarbetarnas. Denna tankefigur har sedan länge visat sig opraktisk och oekonomisk. Förändringar i samhälle, teknik och kunskaper har medfört att arbetslivet allt mer har transformerats mot arbetsformer som ställer krav på ökad

autonomi hos varje medarbetare. I detta nya arbetsliv blir det viktigt att var och en från sin position förmår hantera de vardagsproblem man konfronteras med. Man kan inte längre begära att de ”organiserar” eller ”planeras” bort av experter eller ledning.

Samtidigt kan svårigheter som uppstår på ett ställe i verksamheten vara en konsekvens av åtgärder och initiativ på helt andra ställen. Då kan inte problemet hanteras av den enskilde medarbetaren. Detta leder till behov av att skapa förutsättningar för gemensam problemlösning. Något oegentligt pratar man då om team. Det handlar då egentligen om en gemensam problemlösning horisontellt i verksamheten. Verksamhetsproblem blir därmed en kunskapsfråga snarare än en organisations-, expert- eller ledningsfråga.

Problemformuleringar och kunskapsfrågor är således nära knutna till varandra. De är emellertid inte samma sak. Vi skall här argumentera för att problem kan uppstå genom bristande kunskap om något. Problemet kan genom sin existens och sin formulering peka på behov av kunskapsgenerering, kunskapsspridning och kompetensutveckling – även om de som tillfrågats inte ser just kunskapsfrågan som ett problem.

Som en inledning till berättelserna vill vi därför här redovisa hur vi ser sambandet mellan verksamhetsproblem så som de formuleras i vardagen och kunskapsfrågan. Först om man ser att det finns en sådan koppling tror vi att fokusgrup-

pernas berättelser kan ge en inblick i framtida behov av vardagslärande och professionell kompetens. Vi håller oss i detta avsnitt till den principiella frågan om knytningen mellan problemformulering och kunskapsbehov och återkommer i Avsnitt 5 till vilka kunskapsfrågor vi ser i berättelserna.

Vad är ett problem och hur löses det?

Låt oss börja med frågan om problem. Vi tar utgångspunkt i en aktuell bok av Johan Asplund (2003). Asplund har där försökt analysera de mentala och sociala processer som leder fram till hur ett problem formuleras och som därefter också karakteriserar problemets lösning.¹

Asplund börjar sin analys med att använda konstruerade problem – så kallade tankenötter – för att belysa problemformuleringars mera generella natur. En tankenöt definieras av Johan Asplund som en socialpsykologisk kommunikationsprocess.

Det finns en problemkonstruktör, en problemställare och en problemlösare. Problemet ”konstrueras” genom att det

1 Den syn på problem som här illustreras med hjälp av Johan Asplund är allmänt vedertagen i många humanistiska vetenskapsgrenar exempelvis inom den kognitiva psykologin och hänger samman med att man uppfattar varje människa som unik och autonom. Resonemangen har långa historiska rötter och kan dateras tillbaka ända till Sokrates.

presenteras förutsättningar, förhållanden, fakta och ambitioner som inte är förenliga med varandra. Problemställaren förmedlar problemet och problemlösaren förväntas lösa det.

I detta fall – primärvårdens kunskapsgenerering och kunskapsspridning – handlar det förstås inte om tankenötter. Problemen ”konstrueras” mentalt i primärvårdsverksamheten genom att man - dvs. de verksamma professionella aktörerna – upplever olämpliga förhållanden och oförenliga krav och ambitioner.

Asplunds studier av problemkommunikation visar oss ett kommunikationsmönster kring denna situation som är inövat sedan länge och som vi därför lätt faller in i. Man kan nog säga att det krävs en extraordinär insikt och disciplin för att inte göra det.

Tankenöten – och problem man måste lösa i skolan – bygger på att problemställaren redan från början föreställer sig en viss lösning på problemet. Problemkommunikationen blir spännande och intressant just därför att problemlösaren inte är medveten om den lösning problemkonstruktören tänkt sig.²

2 En annan forskare som observerat samma fenomen är Edward deBono (1996). Han konstaterar att vi använder en i skolan väl inövad procedur för att hantera problem som han kallar stenlogik. Han rekommenderar oss att istället övergå till en logik som han kallar vattenlogik. Han menar att denna är mer samstämmig med hur vår hjärna fungerar och är bättre lämpad för de svårigheter vi möter i dagens värld.

När denna lösning sedan presenteras uppstår en lättnad, ett AHA, javisst så var det. Nu passar pusslet ihop. Genom att framställa ett problem för problemlösaren som verkar omöjligt att få bukt med och sedan erbjuda lösningen skapas en gemenskap mellan problemställare och problemlösare.

I förbigående kan vi därför konstatera att en sådan kommunikativ strategi är ett vanligt retoriskt knep för att övertyga någon om en av någon annan person redan framtänkt lösning eller handlingsstrategi. Problem som konstrueras av korsordsmakare, i skolan, av konsulter, av rådgivare etc. blir intressanta just för att de formulerats så att de redan har en enda och given lösning.

För att få ett grepp på problemlösningsprocessen i vardagen har Asplund gått vidare och funderat över hur problem där det finns en sådan given men underförstådd lösning konstrueras. Han har funnit att problemkommunikationen då bygger på att vissa grundläggande förutsättningar, fakta, möjligheter eller samband undanhålles problemlösaren – jämför intrigen i en detektivroman.

När lösningen presenteras händer det som med en fransk term kallas *dénouement*. Denna betyder ordagrant att ”knytta upp” men kan också översättas med att reda ut eller med ordet upplösning. Det som är fördolt kommer i dagen och gör det möjligt för problemlösaren att till slut förstå hur allt hänger ihop. Därmed finns det inte längre någon knut eller något problem.

Ett skickligt sammansatt problem, en intrig eller ett pussel innehåller således enligt Asplund dolda fakta och trådar som inte syns och som gör att lösningen blir uppenbar när dessa avslöjas. Nu räcker detta inte enligt Asplund. Ett bra problem är så konstruerat att alla trådar egentligen finns redan från början.

Den avgörande svårigheten för problemlösaren är inte att fakta är dolda utan att lösningen har drag av ”otänkbarhet”. Den som ställs inför problemet blir överraskad av lösningen just därför att den var så otänkbar och ändå så rimlig.

Problem kan omformuleras till en kunskapsfråga

Asplunds analys säger oss således en hel del om hur och varför vi vanligen presenterar det vi vill kommunicera om som ett problem. Asplunds analys belyser också de upplevelser som följer med att problemet slutligen kan lösas – eller snarare upplösas. Vad vi här vill komma fram till är att upplösningen kan betraktas som en kunskapsprocess.

Den ena vägen att lösa upp problemet är att vi får reda på något som vi inte visste tidigare. Då står allt klart för oss. Vi vet då vad som måste göras – eller inte kan göras – och problemet upphör att vara ett problem. Den andra vägen är att vi föreställer oss eller förstår situationen på ett sätt vi inte tidigare tänkt oss. Genom detta mentala språng upplöses problemet och det blir inte längre ett problem.

Asplund lägger stor vikt vid att frågor om problemformulering och problemlösning inte kan ses som individuella processer som sker inne i ett enda huvud. I det enklaste sociala systemet finns en problemkonstruktör, en problemformulärare och en problemlösare.

Enligt Asplund konstrueras och upplöses problem i och genom människors kommunikation med varandra. Kommunikationen kan ha olika karaktär. Den kan antingen se ut som den som uppstår när vi ställs inför en tankenöt eller ett problem i skolan eller den kan formas som ett utforskande samtal där man söker sig fram till gemensam kunskap och insikt. Det är stor skillnad på de två kommunikationsformerna.

Om man utgår från att problemet har en given lösning som kan presenteras "utifrån" blir kommunikationen asymmetrisk. För den som tror sig ha en lösning är problemet inte något problem. Den som ställs inför problemet, men inte har en lösning, kan inte lösa det utan tvingas att acceptera den lösning som erbjuds. I dessa fall ligger lösningen inbäddad i problemformuleringen. Problemet är inget autentiskt problem.

Vi är från skolan så intränade i denna hierarkiska och vertikala kommunikationsform att vårt tänkande normalt följer detta mönster. Även om vi inte har en fysisk motpart kommer vår egen inre dialog kring ett problem att föras som om vi hade en fiktiv motpart, som om problemformuleringen

är given och den enda tänkbara och att lösningen skall sökas utanför oss själva. Det finns emellertid en annan väg som bygger på en horisontell och jämställd kommunikation.

Genom att man engagerar sig i att för någon annan formulera problemet så skapas en dialog genom vilken de nya insikter och kunskaper vi söker kan uppstå. Poängen är att detta är en kommunikativ process som kräver andra persons närvaro. Även om de andra inte säger något så innebär försöken att formulera problemet att det synliggörs nya aspekter som man inte kan komma på om man bara tänker "för sig själv".

Problemformulering blir därför en viktig ingrediens i varje kunskapsbildningsprocess. Sökandet efter den felande kunskapen eller informationen startar så fort man försöker formulera problemet. Därför menar vi att varje problemformulering också leder fram till en kunskapsfråga.

Kunskapsbrister och kunskapsspridning

Det är därför värdefullt att inte återfalla i den konventionella kommunikationen kring problemtanken och se det som sin uppgift att finna lösningar till vad de andra formulerar som problem. Man bör istället gå djupare och försöka förstå hur de inblandade personerna mentalt konstruerar problemet och vilka antaganden de bygger sina resonemang på.

Först då har man också möjligheter att gissa sig till på vilka områden man gemensamt skall söka ytterligare kunskap för att komma vidare. Det är också först då som man principiellt skulle kunna upptäcka sådana kunskapsbrister som gör att problemet är ett problem. Detta resonemang leder fram till vårt syfte med fokusberättelserna. Genom att höra hur problemet formuleras blir det möjligt, både för oss och andra, att reflektera över vilka insatser som skulle kunna göra att de löstes upp.

Ibland skapas problemet helt enkelt genom att de som formulerar det inte vet något som andra mycket väl vet. Detta är egentligen självklart. När man själv vet något som andra inte vet så kan man förstå varför vissa situationer, av vissa personer och i vissa sammanhang uppfattas som ”problem”. Nybörjare ser således ofta problem i sådant som mer erfarna inte alls ser som problem.

För att fokusgrupperna formulerar något som ett problem behöver det därför inte vara ett olöst eller okänt problem. Om den kunskap som en mer erfaren person har sprids till de andra, så upphör problemet att vara ett problem. Det kan till och med vara så att bara det förhållandet att man vet att man kan få tillgång till en sådan kunskap eliminerar problemet. I dessa fall handlar det således om en kunskapsspridningsfråga snarare än om ett problem som kräver kunskaps-generering.

Vad kan sägas vara verksamhetsproblem?

När man formulerar ett problem kan detta således uttolkas antingen som att vederbörande har ofullständig överblickskunskap, saknar relevant information, har bristande erfarenhet eller färdighet eller är fångad i ett olämpligt tanke-mönster.

Problemet kan upplösas om man får tillgång till det som är fördolt, det vill säga nya fakta, en förbättrad erfarenhet och kunnskap, redan befintliga kunskaper eller utarbetade lösningar. Problemet kan också upplösas genom att vederbörande omformulerar sin tolkning av situationen, bryter det vanemässiga och flyttar sig till en högre förståelse. Den första strategin kallar Argyris (1983) för en första ordningens förändring och den senare för en andra ordningens förändring. Man brukar också tala om ett första ordningens lärande och ett andra ordningens lärande.

Första ordningens lärande är relativt oproblematiskt. Det förekommer i den konventionella fortbildningen. Om vi trodde att det var denna typ av kunskap vi sökte skulle vi inte behöva ta till fokusgrupper. Då skulle inventeringen kunna göras enklare på annat sätt. Anledningen till vårt val att basera studien på fokusgrupper är insikten att problemet sällan är så enkelt.

Det visar sig i allmänhet att första ordningens lärande inte är tillräckligt. Människors huvuden är inte tomma kärl som

skall fyllas med kunskap. Deras huvuden är redan fulla med annat. De är fulla med föreställningar och kunskaper som de redan använder. För att ta till sig ny kunskap måste i allmänhet något av det gamla förändras. En sund och välkänd pedagogisk princip är därför att man måste börja med vad vederbörande redan vet för att därefter etablera det samarbete som gör att personens föreställningar om verkligheten kan förändras.

Principen är heller inte okänd i den arbetsterapeutiska professionen. Vi har noterat att man inom arbetsterapi ofta använder sig av begreppet "occupation" – hämtad från den engelska benämningen "occupational therapy" – för att illustrera det faktum att människan inte kan ses som ett passivt objekt.

Människan måste istället uppfattas som en aktiv, väljande och handlande varelse (se till exempel Fisher 1998). Tyvärr finns det ingen bra översättning av "occupation" på svenska. Fisher beskriver ordet "occupation" i termer av att människan med sina handlingar strävar att ta sig ett utrymme både socialt och i tid och rum.

Vi har också fångats av arbetsterapeuters tal om aktivitet. Aktivitet är något dynamiskt. Det är något som pågår. Tar man fasta på detta begrepp blir det för en arbetsterapeut naturligt att se "verksamhet" som en mängd aktiviteter. Verksamhet är inte något statiskt. Verksamhet är något som pågår. En verksamhet består av mänskliga aktiviteter som har givits en form av de som deltar och som därför karaktäri-

seras av mening och syfte. Mening och syfte måste vara nära knutna till varandra. Först när båda dessa är integrerade kommer vi att känna att den verksamhet vi deltar i är något värdefullt.

Fisher påpekar i sin artikel att man utifrån kan konstatera om en patients verksamhet fått en lämplig eller olämplig form. Detta gäller också för arbetslivet. Verksamhetsproblemet uppstår när den form man skapat blivit olämplig. Detta inträffar när de som deltar i verksamheten inte får ihop mening och syfte och när de tvingas delta i sådant de inte förstår. Problemen upplöses om och när vi gemensamt förstår hur det hänger ihop, när vi skapar oss nya bilder av verksamheten och när vi kan formulera strategier och handlingar för att påverka vår verksamhet och därmed förändra vår gemensamma situation.

Att söka sig till det normala eller utveckla något nytt

Det finns i varje verksamhet föreställningar om vad som vore den ideala formen för olika insatser, vad exempelvis politiker skall göra, vad läkare skall göra och vad arbetsterapeuter skall göra i olika situationer och under olika förhållanden. Det finns således föreställningar om hur det "borde vara" – hur resurser skall fördelas, vilka instrument som skall vara tillgängliga, vilken typ av patienter som skall behandlas etc.

Om dessa föreställningar blir normgivande så kommer avvikelser från normen att uppfattas som ”problem”. Vi har tidigare påpekat att enligt den tankefigur vi ärvt från industrisamhället så har sådana problem en implicit och på förhand uttänkt lösning – nämligen att de brister som finns skall rättas till av experter eller överheten. De förhållanden som man menar har lett till problemet skall återställas till det ”normala” – då fungerar allt som det skall.

I Fishers terminologi är detta att basera insatserna på strategier som återställer olika funktioner till vad de varit eller borde vara. Man åtgärdar bristerna. Problemet med detta är enligt Fisher att man då missar individens behov av att forma en verksamhet som har mening för denne själv.

Detta gäller också för arbetslivet. Det finns en typ av analyser där man tolkar verksamhetsproblem som avvikelser från en given norm. Detta leder till att man försöker göra insatser för att återställa formen till den ”ideala”. Man kan istället – i linje med det arbetsterapeutiska paradigmet – nöja sig med att konstatera att verksamheten är ”out of form”.

De berörda har av olika skäl inte lyckats forma sin verksamhet så att den uppfyller de olika krav som ställs på den och funderar på hur man kan bidra till att den finner en bättre form. Att begränsa analysen till att jämföra formen med en på förhand given norm blir improduktivt eftersom det kan finnas en mängd andra former som skulle fungera bättre för just de personer som är berörda och för den situation just de befinner sig i.

Vi kan överföra dessa resonemang till primärvården. Problem som man för fram i samtal och utsagor kan således å ena sidan tolkas som brister i förhållande till hur man tycker att det ”borde vara”. De kan emellertid också å andra sidan ses som en precisering av områden där verksamheten – alltså primärvården – tycks vara ”out of form”.

I det första fallet anges – även om det är implicit – en ”lösning” där lösningen är att undanröja bristen. I det andra fallet blir problemet ett ”äkta” problem där verksamheten på sikt måste omformuleras och där fördjupade kunskaper skulle erbjuda de nya förutsättningar som krävs för att förändra den.

Vad är då primärvårdens natur?

Hur skall man då komma fram till nya verksamhetsbilder som är kongruenta med alla de olika professioner och erfarenheter som finns inom primärvården. För att illustrera detta kunskapsproblem använder Jan Bärmark (1984), C West Churchmans berättelse om de tio blinda männen som skulle beskriva en elefant:

Det var en gång tio blinda män som skulle beskriva en elefant. Deras enda möjlighet att ta reda på hur elefanten såg ut var att använda sina händer. En kände på elefantens snabel och hävdade bestämt att elefanten närmast kan liknas vid något smalt och långt. Ele-

fanten var ganska lik en orm. En annan omfamnade elefantens ben. Han var lika säker på sin sak när han jämförde elefantens form med ett träd. Också de andra blinda beskriver en del av elefanten och menar att just deras erfarenhet ger den sanna bilden av elefanten.

Bärmarks beskrivning av kunskapsproblemet är numera vedertaget. Vi tar alla fasta på bara en aspekt av det vi talar om. Vi får inte tro att den begränsade aspekt vi själva ser är detsamma som ”helheten”. Först genom att vi konfronterar våra olika aspekter med varandras så kan vi få en mer nyanterad bild av det ”problem” eller den verklighet vi är satta att hantera.

Detta är en av de utgångspunkter som ett så kallat ”teamarbete” bygger på. Genom samspelet mellan olika professioner och deras kunskapsområden uppstår en rikare, mer nyanterad, mer effektiv och mer meningsfull verksamhet än om man anpassar sig bara till en aspekt. En sådan samverkan är således motsatsen till att var och en gör sitt var för sig. Verksamheten – elefanten – är en följd av allas kunskap och erfarenhet.

Teamtanken är således inte kongruent med tanken att något perspektiv skulle vara ”rättare” än de andra och ha någon typ av överhöghet. Vi kan ofta höra att sådana lösningar antyds. Vi tror exempelvis inte att samarbetet förbättras om läkaren blir mer arbetsterapeutiskt kunnig eller om arbetsterapeuten blir en slags ”miniläkare”. Följer vi Churchmans

tanke så är det snarare av vikt att professionernas kunskapsbaser är skilda åt än att de skall vara desamma. Först om man förstår styrkan i det egna paradigmet och förmår respektera de andras så kan man tillsammans på bästa sätt bidra till en mera rik och nyanserad verksamhet.

En svårighet med det kunskapsproblem som Bärmark skisserar är att det lätt kan förleda oss att acceptera en kunskapsrelativism. När vi alla har olika aspekter på tillvaron som alla måste acceptera – hur skall vi då kunna mötas och hur skall vi kunna avgöra vad som är trovärdigt och rimligt och vad som inte är det. Allt kan ju vara lika sant och lika relevant. Vi har alla olika värderingar. Ofta hör vi därför sägas att var och en måste få bli salig på sin fason. Detta blir en omöjlig attityd om man som i sjukvården skall forma en gemensam verksamhet som ytterst kan handla om liv och död för dem som är beroende av den.

För att komma till rätta både med kunskapsrelativism och med ett ensidigt hävdande av den egna ståndpunkten måste man använda någon typ av verktyg så att man närmar sig varandra. Detta verktyg är språket och samtalet. I samtalet formas resonemang, påståenden, analyser och berättelser som är gemensamma därför att vi deltar i att formulera dem eller i varje fall tyst acceptera dem.

Det är enligt Rosengren (2002) denna språkliga gemenskap som innefattar den kunskap som man gemensamt måste och kan använda sig av. Skall primärvården bli en gemen-

sam elefant måste man därför dela varandras berättelser och bygga på varandras observationer. En väg att nå dit har visat sig vara genom så kallad patientorientering. Genom att sätta den unika, aktiva och autonoma patienten i centrum har man en gemensam referenspunkt som gör det möjligt att skilja det rimliga från det orimliga och det önskade från det oönskade.

Fakta som referenspunkter

Det konkreta och praktiska problemet blir då att man befinner sig i olika tankekollektiv. Förekomsten av tankekollektiv är välkänd. Alvesson och Deetz (2000) konstaterar att professioner och andra grupper genom språket skapar tankekollektiv som ”håller samman” mot andra kollektiv.

Inom den så kallade kritiska teorin har man konstaterat att sådana kollektiv mellan sig har en speciell samtalsstil som är karakteriserad av att:

- Det sätt man själv ser ”elefanten” på betraktas som nödvändigt, naturligt, rationellt och självklart och att man normalt karakteriserar alla andra sätt som konstiga, flummiga, irrationella och känsloladdade.

- Så som man definierar ”problemen” är styrt av den egna gruppens intressen och innebär att man samtidigt undertrycker motstridiga intressen. Inom genusforskningen har man exempelvis konstaterat att manliga aktiviteter i det manliga tankekollektivet uppfattas mer viktiga och värdefulla än kvinnliga.
- Man väljer att omvandla sina resonemang till mätvärden och instrumentella fakta, och använder dem som grund för argumentationen, snarare än att inta en mer resonerande och utforskande attityd. Det system man använder för att omvandla resonemangen till instrumentella fakta är slutet i meningen att det inte öppnar upp för alternativa mätvärden och observationer.
- Man strävar att organisera samspelet på ett sådant sätt att man skapar samtycke kring de egna tolkningarna och därmed isolerar dem som har andra tolkningar.

Vad som här beskrivs är ett socialt fenomen snarare än ett kunskapsproblem. Språket och de berättelser, beskrivningar och lösningar som man gemensamt delar fungerar som en socialt sammanhållande faktor. Detta stärker den egna identiteten och underlättar samvaron. Vissa forskare talar om en så kallad dyadisk kommunikation där man förstärker den egna identiteten genom att se sig i ett svartvitt perspektiv i förhållande till ”de andra” (Lund 2001).

Fenomenet tankekollektiv kan leda till förvirrande observationer. Man kan i vår värld befinna sig i – och vara invand med – många olika tankekollektiv. Man kan likna detta med att man lärt sig tala olika språk. När man är i England talar man engelska och när man är i Sverige talar man svenska. Man kan således växla mellan olika tankekollektiv utan att upptäcka att vad man säger i det ena kollektivet strider mot vad man säger i det andra. Språkets sociala natur tar överhanden.

När man deltar i samtal som styrs av behovet av gemenskap med den egna gruppen så är det därför inte alltid säkert att vad man då säger är i överensstämmelse med vad man skulle ha sagt i ett annat tankekollektiv eller stämmer med vad man egentligen menar. Detta är ingen sjuklig tendens utan har en mycket naturlig förklaring. Samtalet är ett engagemang i en social samvaro – ungefär som när man deltar i en allsång. Man sjunger sångerna utan att tänka på eller egentligen mena vad man sjunger.

Skulle man i all gemensam samvaro börja ta ansvar för vad man säger och ta allt som sägs på allvar så skulle detta upplevas som apart och konstigt. En fråga om hur man mår som ställs av artighet får exempelvis inte misstolkas så att man berättar hela sin sjukdomshistoria. Agerar man socialt avvikande så riskerar man att uteslutas från kollektivet. Detta är den grundläggande principen för den dyadiska kommunikationen. Om du pratar som vi pratar är du med oss men om du inte pratar som vi pratar är du mot oss.

Lund pekar på att det också finns en alternativ kommunikationsform som hon kallar triadisk. Denna gör det möjligt att växla från den sociala allsången till en mer seriös och sakligt baserad behandling av en fråga. Genom att utnyttja denna kommunikationsform kan kollektivet hålla samman även om man inte alltid "sjunger med".

Mats Rosengren (2002) erbjuder en pusselbit i förståelsen av hur den triadiska kommunikationen kan uppkomma. I den västerländska kulturen har vi lärt oss att arbeta med fakta. Ordet faktum betyder egentligen "det gjorda". Vad som redan har gjorts eller hänt kan inte förändras. Det är som det är oss förutan. Fakta gör enligt Rosengren motstånd mot godtyckliga resonemang.

När något etablerats som ett faktum skapar det således en gemensam referenspunkt som tvingar fram gemensamma slutsatser och resonemang även om vi från början skulle tycka olika och komma från olika kunskapskollektiv. Den triadiska kommunikationen hedrar att det vi beskriver måste vara kongruent med de "fakta" var och en besitter. Elefanten måste beskrivas som något som har fyra pelare som känns som träd och två rörliga delar, varav den ena är smalare än den andra, och som kan liknas vid ormar. Inga resonemang som förs om det djur vi studerar får strida mot dessa fakta.

Uppmärksamhetsriktande kommunikation

Om vi enbart utgår från problemformuleringar och lösningar hämtade från vårt eget tankekollektiv är det sannolikt att vi blir oense om elefanten. För att undvika detta måste vi lära oss att pröva våra egna resonemang mot de ”fakta” som ”de andra” för fram.

I ett teamarbete blir det därför viktigt att lyfta upp det som man utifrån sin egen kunskapsbas kan beskriva som fakta som också andra skulle kunna observera och verifiera. Detta innebär att man som professionell måste lära sig att skilja mellan vad som kan behandlas som gemensamma observationer och vad som hör till den egna tolkningen.

Detta är inte så enkelt som det låter. För att lyckas med detta krävs att man övar upp en större urskilningsförmåga och skaffar sig en mer utvecklad förmåga att för andra beskriva vad man ”ser” framför sig. Denna kunnighet kan bara växa fram genom erfarenhet, träning och reflektion och samtal med andra. Om man inte är tillräckligt stabil i sin egen professionella kunskap blir gränsen mellan observation och tolkning diffus. Samarbetet befrämjas således av att varje profession var för sig har en stabil, genomarbetad och reflekterad erfarenhet och kunskapsbas.

Ovanstående resonemang visar att kraven på den enskilde individen när det gäller kunskap- och kunskapsutveckling ökar radikalt när man ställs inför kravet att arbeta i team.

Det är sannolikt de enskilda medarbetarnas oförmåga – eller ovilja – att hantera dessa krav som medför att teamarbete inte får den effekt man önskar sig och ofta misslyckas. Därför återgår många experiment med integrerade samarbetsformer relativt snabbt till en mer konventionell arbetsform.

Förståelsehorisonter

Den syn på rehabilitering som Fisher redovisar och den diskussion om kunskap som vi fört i detta avsnitt hänger samman. De är båda ingredienser i en fortgående förändring av de tankemodeller vi använder för att förstå oss själva, arbetslivet och samhället. Detta ”omtänk” får radikala konsekvenser för resonemang om kompetens och kunskapsgenerering.

Ett sådant genombrott demonstrerades i en studie av Jörgen Sandberg (1994). I denna kunde han påvisa att kompetens inte enbart var kopplat till arbetets natur eller individens personliga egenskaper utan också till individens förståelse av det sammanhang i vilket arbetet utfördes. Denna förståelse var inget självklart som man kunde tillägna sig i en utbildning eller som kunde prövas i en examination.

Sandberg visade också att denna förståelse var unik för de yrkesmän det handlade om. Det tidigare kompetensbegrep-

pet förutsatte att man skulle kunna identifiera faktorer i arbetet eller i individen som bestämde kompetensen. Genom att kombinera dessa kunde man få en kompetensprofil som sedan skulle stämma med den profil som arbetet krävde. Sandbergs studie visade att en sådan strategi missade väsentliga och viktiga aspekter av kompetens.

Sandberg lät motoroptimerare vid Volvo berätta om hur de såg sitt arbete. Det visade sig från berättelserna att motoroptimerarna hade gjort det Fisher påpekar – de tog sig ett arbetsutrymme som de behärskade. Detta utrymme var unikt för var och en av dem. Det kunde inte översättas i konventionella arbetskrav eller personlighetsfaktorer och var därför inte samstämt med vad organisationsplanen beskrev.

Genom att varje motoroptimerare tolkade arbetet utifrån sin egen unika förståelse av det så blev det också meningslöst att försöka lista ut behovet av kompetens från en faktoranalys baserad på arbetets eller personens egenskaper. Den kompetens som behövdes blev till. Den formades i samspelet mellan motoroptimeraren och den verksamhet denne deltog i.

Genom att studera hur motoroptimerarna beskrev sin verksamhet kunde Sandberg klassa deras förståelse i tre kvalitativt olika kategorier. Han kallade dem I, II och III. III var den mest avancerade. Dessa kategorier kunde också kallas ”förståelsehorisonter”. Vad de mer avancerade optimerarna kunde se och förklara inom sin horisont III låg utanför vad optimerare med horisont I kunde se och förstå. Trots att

de hade samma yrke, samma utbildning och helt likställda befattningar.

Det viktiga med denna upptäckt var att det visade sig att "fakta" som optimerare inom kategorin III uppfattade som väsentliga och relevanta var totalt ointressanta för personer som hörde till I och II. Därför tog man också emot utbildning på olika sätt. De avancerade kunde snabbt och effektivt ta vara på en utbildning som passade deras förståelsehorisont medan samma utbildning var totalt bortkastad på de mindre avancerade. Omvänt så upplevdes en utbildning som "passade" dem med begränsad förståelsehorisont meningslös och bortkastad för dem med en mer avancerad.

Sandberg konstaterade i en senare skrift ihop med Targama (1998) att kompetensfrågan genom det nya begreppet förståelsehorisont fick djupgående konsekvenser för all ledning och organisering av verksamheter. Sandberg och Targama skrapade emellertid bara på ytan på detta stora och komplexa område. Deras resonemang kan knappast betecknas som uttömmande.

Förståelsehorisont är exempelvis ett alltför diffust kunskapsbegrepp. Det finns många andra kategoriseringar som skulle kunna vara lika lämpliga. Peter Tillberg (2002) har i boken Dialoger samlat ett antal essäer om yrkeskunnande och teknologi, vilka ger en inblick i hur omfattande denna fråga egentligen är.

Vi vill därför innan läsningen av fokusberättelserna rikta uppmärksamheten på att transformationen till de nya teambaserade arbetsformer som föreslås för primärvården innefattar en mängd komplexa och ofta obeaktade kunskaps-genererings- och kunskapsspridningsaspekter.

Samtal och reflektion

De flesta författare och forskare som vi här refererat till är överens om att vägen till en ökad kunskap av den nya typ vi här redovisat – och därmed också större förmåga att hantera arbetslivets nya krav – går genom samtal och reflektion baserat på vardagsproblem i arbetet (Utbult 2002).

Den fråga som fortfarande är obesvarad är emellertid hur denna kunskapsgenerering och kunskapsspridning rent praktiskt skall kunna ske inom den begränsade ekonomiska ram som finns.

Två strategier används för närvarande. Den ena är den gamla och välkända, nämligen att man i ett till verksamhetssystemet parallellt system – ”skolan” – försöker erbjuda deltagarna möjligheter att lära vad man behöver kunna i det ordinarie systemet. Den andra är att man ordnar verksamheten inte bara för att åstadkomma resultat utan också så att man under arbetet möjliggör ett lärande.

Detta senare lärande kan underlättas genom att arbetsmöten, kontakter, arbetsmaterial, information etc. utformas på ett sådant sätt att de både stödjer arbete och lärande. Genom en sådan strategi – det som ofta kallas ”lärande organisationer” – hoppas man att arbetet i sig skall medföra en naturlig utveckling och kunskapsspridning se exempelvis Ellström, Gustavsson och Larsson (1996).

Lärande organisationer kan emellertid inte vara hela svaret på kompetensutvecklingsproblemet. Man kan naturligtvis inte överge den utbildningsstruktur som bygger på att lärandet sker i ”parallella” system och där man flyttar personen från vardagen in i en skolmiljö. Därför måste man också fråga sig hur man skall formulera innehållet i en sådan utbildning så att lärandet är maximalt användbart för individen i den verksamhet denne skall engagera sig i.

Så länge man kan behandla eleven som om denne var en passiv mottagare av kunskap som fylls på utifrån så blir innehållet i en utbildning bara en fråga om vad andra tycker personen skall lära sig. Mer komplicerat blir det om man måste ta hänsyn till att deltagaren är en självständig aktör med tidigare erfarenheter av det som skall läras, egna föreställningar, egen vilja och egna ambitioner. Vi återfinner här samma fråga som Fisher behandlade i sin artikel. Hur uppstår det partnerskap mellan handledare och deltagare som gör det möjligt att forma det ”goda innehållet”?

I de problembaserade kurser man använder sig av vid Hälsouniversitetet i Linköping löser man detta problem genom att lägga vikt vid att innehållet måste utvecklas utifrån autentiska problemsituationer i mötet med verkliga patienter. En svårighet är då att den kunskap och erfarenhet lärare och handledare bär med sig från sin tidigare utbildning och från de arbetsformer de verkat i har visat sig vara otillräcklig. De har i sin tidigare verksamhet blivit invanda i den kommunikationsform som bygger på att problem har inbyggd lösning snarare än den kommunikationsform som är användbar för att gemensamt utforska ”äkta” problem.

Bristen på kunniga handledare försvårar förstås möjligheten att få god effekt av denna typ av utbildning. Vi möter här ett moment 22. Så länge man själv inte har tillräcklig erfarenhet av ett konkret teamarbete så kan de relevanta frågeställningarna inte formuleras. Så länge dessa inte formulerats och utforskats så kan man inte utvecklas till en kunnig handledare. Då kan man heller inte genom handledning, varken i arbets- eller skolsituationer, åstadkomma det teamarbete man vill ha och då finns det heller inga verksamheter i vilka man kan få de erfarenheter man behöver.

Det visar sig således vara betydande svårigheter knutna till att uppfylla dagens kunskapskrav. Med tanke på de hinder som måste övervinnas och de resurser som krävs återfaller man därför i den allmänna diskussionen ofta till att resonera i konventionella banor och föreslå mer av samma. Detta skapar emellertid bara större problem. När de konventio-

nella formerna inte är tillfyllest upplevs de av elever, handledare – och slutligen också av patienterna – som meningslösa. Då förlorar de än mer sin kraft.

Ställer man frågor om kompetensutveckling till medarbetare så leder deras associationer ofta till de improduktiva och för dagens arbetsliv illa anpassade utbildningsformer som de har erfarenhet av. Mer av sådant vill man inte ha. Det är därför naturligt att svara att man inte behöver mer kompetensutveckling för att göra ett bättre jobb.

Vi möter här en paradox. Även om mycket talar för att framgången för morgondagens primärvård hänger på att man ökar kunnigheten i att lösa vardagsproblemen så kan man möta uppfattningen att kunskapsspridning och kunskaps-generering är ett lågprioriterat problem hos medarbetarna själva. Vi hoppas därför att läsandet av dessa fokusberättelser skall skapa förståelse både för det stora behovet av kunskapsutveckling inom primärvården och för vilken typ av kunskapsutveckling som nu krävs.

AVSNITT 3

Varför fokusgrupper? Metodologiska överväganden

Med metod menar vi hur det empiriska materialet insamlas och bearbetas för att på bästa sätt belysa det som studien skall belysa. Valet av metod styrs av principiella utgångspunkter och överväganden som gör att man kan tro att den metod man använder ger ett relevant och rättvisande empiriskt material.

Eftersom vi i denna studie valt fokusgrupper och man i de parallella studierna inom Fammi valt enkäter – baserade på problempåståenden fångade från intervjuer – finns det anledning att lite mera noga redovisa utgångspunkterna för vårt val.

Valet av metod, i detta fall fokusgrupper, bestäms i första hand av hur materialet skall användas, det vill säga hur det kan förstås och göras begripligt av dem studien riktas till. I expertstudier, där experten själv skall komma med rekommendationer och lösningar baserat på ett material, så räcker det att materialet är tillfyllest för detta ändamål.

I denna studie skall materialet ligga till grund för uppdragsgivarnas och andra intressenters gemensamma analyser och bedömningar. Det empiriska materialet måste då vara av en annan kvalitet och en annan karaktär.

Frågeställningen innebär att man måste använda sig av människors utsagor. Vi kommer därför här att kortfattat belysa frågan om vilka typer av utsagor som kan användas till vad och vilka felkällor som kan finnas. Det är dessa överväganden som lett oss fram till valet av fokusgrupper som metod.

Det bör också påpekas att fokusgrupper numera blivit ett så vitt begrepp och omfattar allt från konventionella gruppintervjuer till mycket mer avancerade procedurer. Vår användning av fokusgrupper kan således skilja sig från andras.

Det empiriska materialets karaktär

En viktig skillnad jämfört med konventionella naturvetenskapliga eller tekniska mätningar och arbetssätt är att utsagor till sin karaktär skiljer sig från direkta observationer. Man kan ibland visserligen använda sig av utsagor för att slippa göra egna observationer, räkningar och mätningar. Dessa observationer skulle också kunna göras av en oberoende observatör.

Exempel på detta är frågor om patientunderlag, arbetsställe, tidsbokningssystem etc. I en studie som denna är sådana informationer mera att se som bakgrundsdata än huvuddata.

Vad man här önskar sig är utsagor av karaktären: Bedömningar – är detta ett problem? Prioriteringar – hur viktigt är det? Förklaringar – hur har något uppstått? Förslag till lösningar – vad behöver göras? Man kan också ha intresse av upplevelser och reaktioner som exempelvis hur man upplever att något är eller fungerar vilket utgår från känslor snarare än bedömningar. För att tydliggöra skillnaderna mellan dessa tre olika användningsområden av utsagor delar vi in dem i tre olika kategorier.

Utsagor om fenomen i den fysiska domänen³

Fenomen i den fysiska domänen skulle i princip kunna kontrolleras av en oberoende observatör. Det kan röra sig om sådant som faktiskt finns eller som har hänt. Trovärdigheten i ett sådant material har att göra med i vad mån informanten redovisar vad intervjuaren eller enkäten frågar efter. Informanten kan exempelvis missförstå frågan, tappa bort

3 Begreppen fysisk, symbolisk och kognitiv domän har hämtats från vårt arbete med Försvarsmaktens utbildningsfrågor och redovisas mera ingående i Wennberg och Hane (2003). En närmare beskrivning följer också senare i texten.

viktiga observationer, missta sig på omfattningen, glömma sådant som är viktigt eller av många andra skäl ge missvisande uppgifter.

Metodarbetet avser att så vitt som möjligt motverka att sådana fel kommer in i materialet och om sådana risker finns redovisa detta. Det vanligaste är att använda en yttre och oberoende referens som man jämför med. Man kan därmed fastställa underlagets kvalitet. Det visar sig emellertid att inte ens denna enkla användning är särskilt lättadministrerad.

Frågorna kan missförstås. Man kan fråga om sådant som informanterna "aldrig tänkt på" och få gissningar till svar. Genom att vissa väljer att svara och inga andra kan urvalet av informanter från början vara styrt osv. Statistiska metoder för att fastställa felen kan vara en hjälp men de största felen uppstår på grund av studiens upplägg, frågornas karaktär och samspelet under själva intervju- och frågefasen. Sådana fel kan inte upptäckas annat än genom att man redan från början lägger upp studien så att de kan upptäckas och korrigeras (Hane och Wennberg 2002).

Vi har funnit att den administration och den mängd informanter som behövs för att säkerställa en god kvalitet ofta vida överstiger de resurser och kostnadsramar som ges. Är det just denna typ av information man behöver så når man ett lika gott resultat utan en sofistikerad enkätteknik. Vi föredrar därför att i våra uppdrag få samtala direkt med

dem som berörs. Vi kan då i och genom samtalet reda ut missförstånd och få en säkrare uppfattning om underlagets kvalitet. Så har vi också samlat denna typ av data i denna studie.

Utsagor som kan hänföras till den symboliska domänen

Karin Johannisson (2003) har i en aktuell artikel pekat på att diagnoser inte är så entydiga som det kan verka. Sjukdom är en biologisk händelse i kroppen, men också en individuell identitet, en social roll och en repertoar av diagnostiska namn som finns tillgängliga att välja mellan. Sjukdom existerar först när vi språkligt är överens om det. Det finns således vid sidan av den fysiska domänen en språklig domän i vilken samtalen skapar sjukdomsbilderna.

Analyser och resonemang, bedömningar och definitioner kan inte göras utan språket. De är avsedda för kommunikation – även om tänkandet sker i våra huvuden. Att formulera en utsaga som ingen begriper eller accepterar är meningslöst. Språkets möjligheter och begränsningar fastställer därför vad som kan sägas och vad som inte kan sägas. Vi lever inte bara i en fysisk domän utan också i en symbolisk.

Även i den symboliska domänen finns det sådant som existerar oss förutan. Ett vetenskapligt ord för sådana fenomen är ”sociala konstruktioner”. Språkliga begrepp som verksam-

het, organisation, diagnos, sjukdom, ledarskap, problem etc. är sådana sociala konstruktioner. De kallas sociala därför att de ofta hänger mera samman med sociala förhållanden än fenomenen i den fysiska domänen. Den symboliska domänen skulle därför också kunna kallas den sociala domänen.

Utsagor ”konstrueras” av människor utifrån det språk som finns och de sociala relationer som gäller. Det är således en mängd processer, förutsättningar och förhållanden som leder fram till en specifik utsaga.

Det kan röra sig om allt från missförstånd, mytbildningar och rena gissningar till mycket kvalificerade resonemang byggda på lång erfarenhet, egen reflektion och analys. Risken är också stor att man svarar som man brukar svara och så som man vet att samtalen går i den egna kretsen. När man svarar som man brukar svara bygger utsagan snarare på ”härkning” än på någon djupare tanke eller analys (Alvesson och Deetz 2000).

Att lösa de metodologiska frågor som uppkommer genom den olikartade kvaliteten som utsagor av denna typ har är i det närmaste ogörligt. I statistiska bearbetningar riskerar man att addera äpplen och päron och det är synnerligen svårt att få tag på de grunddata man egentligen behöver för sin analys. Vi har därför valt att regelmässigt använda oss av samtalsdata. I ett samtal är det nämligen möjligt att tillsammans med berörda utforska och försöka precisera vad de egentligen menar och vill ha sagt.

Ett annat problem måste också beröras. Utsagorna är ju resultatet av en inre bearbetningsprocess som vi som bara får ta del av utsagan inte vet något om. Det är ytterst sällsynt att man har nytta av själva utsagan. Det är mer intressant att försöka få ett grepp om de olika tankesteg eller utgångspunkter som lett fram till den.

Samtal i grupp är en utmärkt form eftersom samtal kräver att man gör sig förstådd. Man har således anledning att för de andra närmare förklara vad man menar och precisera sina ställningstaganden. Olikheterna i gruppen gör att sådana förklaringar blir rikare och bättre preciserade än om man bara skulle samtala med en enda person eller med ”likar”.

Det finns ett begrepp som kallas ”kunskap i handling”. Med detta menas att kunskapen inte visar sig genom vad man säger utan genom hur man handlar. Fokusgruppsarbete fångar, till skillnad från enkäter, också upp denna kvalitet. De resonemang som förs och de förklaringar som ges är språkhandlingar som genom att de utförs visar på en kunskap som man inte annars skulle kunnat få tag på och uppmärksamma. Man kan således genom samtalet fånga upp underliggande tankefigurer, antaganden, tankemönster och annat som under samtalets lopp kan pröva och fråga om.

Vi förutsätter således att arbetsterapeuter i sina resonemang – inte i sina utsagor – illustrerar professionens utgångspunkter och karaktäristika. Vad som sägs uttrycks

i ett specifikt perspektiv – nämligen arbetsterapins. Detta passar oss väl eftersom vi just i denna studie vill att de deltagande utifrån sin arbetsterapeutiska professionella erfarenhet skall belysa behovet av kunskapsspridning och kunskapsgenerering i den framtida primärvården. Studien vill således få fram ett empiriskt material i form av berättelser som illustrerar

- primärvårdens behov av kunskapsspridning och kunskapsgenerering ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv och
- arbetsterapins behov av professionell utveckling ur ett primärvårdsperspektiv.

Fenomen i den kognitiva domänen

För fullständighetens skull skall vi här också bara kortfattat nämna hur man kan hantera utsagor som behandlar upplevelser och reaktioner. Vi talar här om en tredje domän som vi kallar den kognitiva domänen. Vad som händer i den kognitiva domänen är unikt för varje människa.

Även här finns det fakta som inte kan vara annorlunda än de är – nämligen individens tolkningar av egna erfarenheter, upplevelser och reaktioner. Det är dessa tolkningar som formar individens självbild.

Självbilden kan visserligen omtolkas men det kräver då att också erfarenheter och upplevelser omtolkas. Därför blir självbilden något som i stunden inte kan vara annorlunda än den är. För oss som står utanför denna process är det bara att acceptera denna självbild som ett faktum.

Den kognitiva domänen visar sig inte annat än genom individens uttryck. Vi kommer här tillbaka till Fishers (1998) definition av "occupation". Individens tar sig ett utrymme och det är denna process som visar oss något av hur den kognitiva domänen fungerar för en viss individ. Att fånga upplevelser och känslor med styrda frågor är i det närmaste ogörligt. Inte ens i korta samtal eller i samtalsgrupper ges det tillräcklig tid för individen att ta sig ett sådant utrymme att sådana frågor kan bli tillräckligt precist belysta.

Vi har sällan möjligheter till ett så djupt engagemang och hävdar därför inte heller att vi kan erbjuda sådana underlag. Vän av ordning kanske kan hävda att man trots allt kan fråga om dom trivs, tycker något är bra etc. Javisst det kan man göra. Problemet är att sådana utsagor sällan är stabila. De varierar med dagsformen och den kontext i vilken frågan ställs. Ofta tänker man sig också ett efterled till frågan.

Trivs du med.... Erfarenheten är att svaret kräver en djupare reflektion över vad detta "med" egentligen är och vad som avses. Om detta inte är fallet kommer utsagan mer att relatera till inre processer än yttre fenomen.

Materialet bör kunna stödja strategiska beslut och bedömningar

Vi har föreställt oss att materialet från denna studie skall användas i diskussioner, analyser och samtal om FSAs och Fammis och strategiska inriktning och de prioriteringar som måste göras när det gäller insatser för kunskapsspridning och kunskapsutveckling inom förbundet och primärvården.

Det empiriska materialet bör då vara sådant att det kan uppfattas som ett trovärdigt underlag för de beslut som kommer att fattas och de insatser som kommer att göras. Det bör också vara sådant att det är öppet för inspektion så att ledningen för FSA och Fammi kan referera till det i sina olika överväganden.

Vi har bedömt situationen så att materialet skall leda till prioriteringar, bedömningar och ställningstaganden av de som tar emot materialet och inte i första hand redovisa bedömningar som andra gjort och som ställer uppdragsgivaren inför "fait á compli".

Allt detta talar för fokusgrupper eftersom man genom vår användning av dessa kan få autentiska beskrivningar vilka är öppna för alla. Genom att läsa berättelserna och kommentarerna kring dessa kan man förstå varifrån olika synpunkter kommer eller hur olika resonemang växt fram även om man inte delar dem.

Användningen av vår procedur kring fokusgrupper garanterar också att materialet öppnar upp för alternativa tolkningar och en fruktbar diskussion. När man arbetar med utsagor måste man räkna med att deltagare, som skall uttala sig, förmedlar påståenden som av andra kan uppfattas både kategoriska och kränkande.

En olämplig utformning kan således göra att personens åsikter inte kommer att behandlas med den respekt och det värde de borde ha. Sådana mindre lämpliga utsagor kan under processens lopp, och i samarbete med deltagarna, ges en mer konstruktiv utformning. Det är också ofta så att vår egen formulering av sakförhållanden och frågeställningar kan missförstås och därför måste revideras i ljuset av deltagarnas kommentarer.

Den procedur med fokusgruppssamtal, redogörelser, efterföljande reflektion, våra kommentarer och utförliga referenser formar ett välgrundat kvalitativt material. Det är prövat mot en mängd andra perspektiv och bygger på en genomarbetad kunskapsplattform som i sin tur prövats i diskussioner med uppdragsgivaren. Vi har således funnit att den procedur vi föreslår med fokusgrupper som bärande ingrediens är mycket väl lämpad för att stödja gemensamma analyser, samtal och strategiska bedömningar.

AVSNITT 4

Tre samtal mellan erfarna arbetsterapeuter

De tre samtalen redovisas här i sin helhet. De 34 deltagarna i fokusgrupperna presenteras i Appendix 1. Deltagarna valdes ut av FSA respektive Fammi på grundval av att de bedömts besitta relevanta erfarenheter och haft anledning att tidigare reflektera kring fortbildning och kring primärvårdens utveckling.

Varje samtal inleddes med att Inga-Britt Lindström, förbundsordförande i FSA och Christina N. Lundqvist, projektledare inom Fammi redogjorde för sina respektive organisationers ambitioner och hur de avsåg att använda materialet. Syftet med denna inledning var att klargöra naturen av det partnerskap som fanns mellan uppdragsgivare och deltagare. Därefter presenterade sig gruppen för varandra.

Alla samtal kräver en första replik. Samtalsledarna måste ”serva”. Detta gäller även samtal i en fokusgrupp. Detta så kallade inspel sätter tonen och ger deltagarna i gruppen en anledning att ge sin första replik – alltså en kommentar, en protest eller en association – som i sin tur leder vidare till

nästa replik osv. Samtalet är därefter helt fritt och utan dagordning. Gruppen hjälps åt att utnyttja tiden väl och se till att allas bidrag skall kunna komma fram. Varje redogörelse i detta avsnitt inleds med en kort sammanfattning i kursiv stil av innehållet i respektive sådant inspel.

Varje samtal varade i 3 timmar med fokus på att utifrån olika utgångspunkter samtala om den arbetssituation man har och den utveckling av professionens uppdrag man ser framför sig. Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg deltog som samtalsledare i samtliga tre grupper. Alla samtal dokumenterades på en ”väggtidning”. Fotografier av väggtidningen har funnits tillgängliga för respektive grupp på internet. Samtalet omvandlades till ett skriftligt referat som deltagarna tagit ställning till och via vanlig brevväxling, epost eller genom ett nätbaserat diskussionsforum föreslagit korrigeringar och kompletteringar.

Redogörelsen från respektive samtal har två gånger reviderats utifrån inkomna kommentarer och skickats till deltagarna via epost. Vissa deltagare har självfallet deltagit mera aktivt i skrivandet än andra men samtliga deltagare har meddelat att de finner den slutgiltiga texten förenlig med samtalet och kan ställa sig bakom att det göra publik genom denna rapport.

Alla tre fokusgrupperna samtalande kring det nuvarande och det framtida kompetensbehovet för arbete inom landstingens och kommunernas primärvård men den första fokusgruppen

inriktades mot att beskriva hur man tror att arbetsterapeuters uppdrag kommer att utvecklas i den framtida primärvården. Till denna grupp inbjöds deltagare som utöver erfarenheter av att arbeta i den aktuella verksamheten inom sektorn också deltagit i diskussioner om hur primärvården kan förväntas förändras.

Den andra fokusgruppen inleddes med en sammanfattning av samtalet i Grupp 1. Till denna grupp inbjöds deltagare som på olika sätt varit engagerade i att formulera vad det innebär att arbeta som arbetsterapeut .

Den tredje fokusgruppen inriktades på att verifiera de bilder som vuxit fram i de tidigare samtalen och att särskilt koppla bilden av framtidens primärvård till frågor om kunskaps-spridning. Till denna grupp inbjöds deltagare med särskild erfarenhet av fort- och utbildningsfrågor inom förbundet. Dessutom inbjöds några deltagare som arbetar i sådana specialteam som nu utvecklas inom många delar av primärvården.

Samtalen genomfördes under februari till april 2003. Gruppernas egna revideringar genomfördes löpande fram till och med juni. Det empiriska materialet har därefter sakgranskats och dess begriplighet har prövats mot kvalificerade representanter från Fammi och FSA. Rena oklarheter som påpekats har förtydligats och språkfel har rättats till. Förklarande kommentarer och övriga tillägg, som någon velat göra, har lagts i numrerade noter.

Redogörelse för samtalet i Fokusgrupp 1

Av Gunilla Ahlgren, Heidi Augustesen, Bodil Evertsson, Kristina Hagström, Kristina Holmgren, Ingela Johansson, Anita Ohlin, Monica Persson, Carina Svensson, Kristina Wahlstedt, Birgitta Warmark, och Christina Vikner i brevväxling med Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

I ett arbetsliv som betonar självständiga professionella aktörer får språket en mycket viktig funktion. Språket förmedlar inte bara information mellan olika personer utan har också en viktig social funktion. Språket skapar gemenskaper mellan dom som lätt förstår varandra och känner igen varandras argument och sätter samtidigt upp gränser och barriärer mot dom som ”inte talar samma språk”.

I ett arbetsliv som bygger på att självständiga aktörer har mandat att själva ta ställning och prioritera sina insatser ställs krav på att var och en skall kunna argumentera för sitt val – också för valet att göra som man alltid gjort. Därmed ändrar också diskussionen om vad som är relevant kompetens sitt fokus. Termer som ”social kompetens”, ”dynamisk kompetens”, ”kollektiv kompetens” är därför inte bara modeord. De är uttryck för att de gamla kompetensbegreppen inte räcker till för att beskriva den kunnskap som måste uppmärksammas. Från denna utgångspunkt startade samtalet.

Många arbetsterapeuter känner igen sig i svårigheten att i team och arbetslag få gehör för sina i arbetsterapin grundade förslag. Det arbetsterapeutiska yrkesparadigmet⁴ anses vara tämligen unikt och uppfattas inte vara tillräckligt väl igenkänt av andra⁵.

Problem uppstår när man vill komma till tals med och göra sig förstådd bland kolleger med andra yrken. Detta kan hända i teamet eller i annat aktuellt samverkansforum. Medarbetare utanför den egna gruppen gör ibland gällande att arbetsterapeuter, trots sin etablering i den akademiska världen, fortfarande har ett flummigt fackspråk.⁶

Det finns ett ”medicinskt språk” som härskar inom hälso- och sjukvården. Detta gör att arbetsterapeuter stöter på svårigheter att finna ingångar i de samtal som förs för att utveckla verksamheten. Dessa samtal handlar inte om den ”mjukvara” som utgörs av individens livskvalitet, det vill

4 För en definition hänvisas till någon av FSAs många skrifter till exempel Etisk kod för arbetsterapeuter (1998) eller till någon av de vetenskapliga avhandlingar som finns inom ämnet.

5 Vissa kanske tror sig veta men på felaktiga grunder.

6 Möjligen är detta en gammal stämpel som arbetsterapeuter tror lever kvar – men som egentligen inte är sann längre. Det kan vara en bild av det egna yrket som arbetsterapeuter behöver arbeta bort hos sig själva. Det kan också vara en myt som stöds av den egna frustrationen över att det kan vara svårt att förklara de arbetsterapeutiska begreppen för andra än kolleger inom den egna professionen. Det handlar inte bara om att definiera begreppen utan om att förstå ämnets och yrkets målsättningar och uppgifter.

säga de omfattar inte sådant som är en stor andel av det som arbetsterapeuter sysslar med. Uttrycket ”man blir inte hörd” innebär vid sidan av att man inte får gehör för sina förslag att arbetsterapeuter har svårigheter att föra fram det de skulle uppfatta som konstruktiva och rimliga interventioner⁷ för enskilda individer för en bättre folkhälsa.

Om att komma till tals med chefer och andra

Man måste få gehör för sina åsikter och resonemang hos den chef man har – oberoende av vilken profession denne kommer ifrån. Det medicinska språkbruket uppfattas särskilt framträdande hos chefer i landstingsvärlden. I kommunerna har chefer och arbetsledare ofta en mera humanistisk och beteendevetenskaplig bakgrund och en mera positiv inställning till arbetsterapi.

I de reformer och omorganisationer, som gett kommunerna huvudmannaskap över arbetsterapeuter, har dessa mottagits med öppna armar. Arbetsterapeuten har uppfattats som en viktig resurs för att bromsa kostnadsökningar vad gäller hemtjänst. De har värderats och erbjudits väsentligt högre löner än inom landstingets primärvård.

7 Det pågår för närvarande en diskussion inom FSA om innebörden i begreppet intervention och om behovet att språkligt kunna uttrycka en fenomenologisk skillnad mellan en åtgärd och en intervention. En möjlig grund för en sådan precisering återfinns i det reflekterande avsnittet efter redovisningen av de tre fokusgruppernas samtal.

Bland arbetsterapeuter anses avståndet till högsta ledningen väsentligt kortare inom kommunerna än i lands-
tinget och dialogen med chefer och politiker betydligt lättare.
Det är betydligt enklare att föra fram den arbetsterapeu-
tiska kompetensen i kommunerna men självfallet stjälar det
också tid att visa upp sitt arbete för alla berörda chefer och
politiker.

Detta är förstås en grov generalisering och det ”mentala”
avståndet till högsta ledningen beror på en rad olika faktorer
– både personbundna och organisatoriska.

Kvalitet i arbetsterapi formuleras inom professionen som (for-
muleringen här hämtat direkt ur FSAs kvalitetspolicy, 2002)

- att patienten skall få adekvat utförd arbetstera-
peutisk utredning och intervention. Detta innebär
att behov definieras, mål formuleras, intervention
genomförs och utvärdering görs samt att patien-
tens synpunkter på kvaliteten i den arbetsterapeu-
tiska verksamheten inhämtas
- att arbetsterapeuten arbetar utifrån FSAs etiska
kod, använder ett gemensamt språk för att under-
lätta daglig kommunikation, dokumentation och
åtgärdsregistrering
- att arbetsterapeuten använder en väl genomtänkt,
konsekvent och systematiskt förd dokumentation.

Internt bland arbetsterapeuter finns inga oklarheter om vad denna policy betyder i praktiken. Målet är att främja patientens möjligheter att leva ett värdefullt liv i enlighet med sina egna önskemål och behov och i förhållande till omgivningens krav. Arbetsterapeutens medel att nå detta mål består i att genom arbetsterapi utveckla patientens aktivitetsförmåga eller förhindra nedsatt aktivitetsförmåga eller kompensera den, så att patienten upplever tillfredsställelse i sin dagliga livsföring. (formuleringen tagen ur Etisk kod 1998).

Det professionella språkbruket behöver ytterligare utvecklas för att möta de samtidigt kraven på förståelse inom arbetsterapeutgruppen och förståelse med andra yrkesgrupper samt framför allt i dokumentation och kontakter med patient och deras närstående.

Exempelvis misstolkas ordet intervention av många utanför arbetsterapeutgruppen. Det associeras till krig och övergrepp. Den allmänna innebörden i ordet intervensera – träda emellan, inskrida, ingripa (SAOL 1998) – stämmer väl överens med hur arbetsterapeuter arbetar, men ordet har tydligen för andra personer också andra mer negativa innebörder.

Arbetsterapins komplexitet är inte lätt att beskriva med ord ur vårt gängse svenska språk. Ett allmänspråkligt och kort uttryck skulle vara: ”Vi ingriper i en process, får genom en liten puff en utveckling att ändra riktning, vi visar på möjligheter”. Att i sin beskrivning antyda att det bara behövs en

liten puff är dock missvisande. Det låter så lätt. Arbetsterapeuters interventioner utgår alltid från yrkets målsättning; därefter en analys, bedömning och strukturerad planering i ett bestämt sammanhang i rätt tid och vid rätt tillfälle för att nå en eftersökt effekt. Detta är ofta ett ”osynligt” men hårt arbete.

Ord som intervention är alltså ett exempel där arbetsterapeuternas språkbruk misstolkas – och där man skulle behöva utveckla ett precisare uttryck. Fördelen med ordet är att det är ett samlingsnamn på alla de olika insatser som en arbetsterapeut väljer mellan. Många arbetsterapeuter är emellertid motståndare till begreppet.

Rehabilitering är på samma sätt ett ord som överutnyttjas och som därför skulle behöva en kraftfull precisering för att inte tappa sin betydelse. Alla anser sig syssla med rehabilitering på sitt sätt. Vad utmärker just den arbetsterapeutiska rehabiliteringen?

Ett bra utfört arbetsterapeutiskt arbete ”hörs” genom hur patienten berättar om sin rehabilitering. En arbetsterapeut lyfter fram det friska. Enligt vår kvalitetspolicy och etiska kod är det patienten själv som skall komma på hur den vill leva sitt liv. Vår insats utmärks av att vi stimulerar det personen skulle vilja våga, visar på möjligheter och stöttar till egenaktivitet för att göra detta möjligt. Individerna får stöd specifikt anpassat till sin person och sin miljö men skall själv hitta vägen.

Vi arbetsterapeuter vill ogärna säga att vi behandlar patienter. Behandling associerar till något man får/ger, något passivt. Patienten bör ur arbetsterapeuters perspektiv inte överlämna sig passivt till vård och behandling så som ofta sker i vården.⁸

Arbetsterapeuter vill istället ge ett medvetet stöd genom vilket patienten själv kan hitta vägen till sin egen valda aktivitet för att uppnå önskad livskvalitet. I detta avseende ställer arbetsterapeuten större krav på aktivitet hos patienten än andra yrkesgrupper. Arbetsterapeuten arbetar tillsammans med patienten i dennes aktuella miljö mot det mål patienten själv formulerat eller givit uttryck för.

Om att påvisa arbetsterapins värde

Arbetsterapins grundinställning med dess antaganden om människans natur, hälsa och aktivitet ligger i tiden. Patienter kommer att ta ett större ansvar för sin rehabilitering och är inte bara tacksamma för vad de erbjuds. De kommer att veta mer, söka kunskap, själva söka upp arbetsterapeuten i

8 Men självfallet finns också inslag i den arbetsterapeutiska verksamheten som kan kallas behandling – till exempel ortostillverkning och kontrakturprofilax.

större utsträckning än idag.⁹ Dessa aktiva personer blir fler och fler och man måste ordna verksamheten efter detta.¹⁰ Samtidigt finns en stor risk att de som inte orkar/kan vara så aktiva själva kommer att prioriteras lägre och att deras behov får stå tillbaka. Detta kan med tiden bli ett stort etiskt dilemma.¹¹

I kvalitetspolicyn tas målformulering upp. Vems mål? Här har det enligt vissa erfarenheter skett en glidning under de senaste åren när det gäller hur majoriteten av lärare formulerar sig under grundutbildningen – från tidigare fokusering på att arbetsterapeuten sätter målen till att nu tydligare betona att patienten själv sätter sina mål.

Arbetsterapeuten stödjer patienten att formulera mål som är både realistiska och mätbara. Målen formuleras individuellt. Denna höga grad av individualisering kan i framtiden bli svårare att motivera, då många av de effektiviseringsdiskussioner, som idag förs, utgår från att standardisering är ett bra sätt att värna om resurserna. Varje individ är dock unik

9 Dessa synpunkter finns fördjupade i FSAs strategiska plan.

10 Den ökade kunskapen hos framtidens patienter kommer dessutom att ställa större krav på att man som arbetsterapeut kan argumentera för rimligheten i sina insatser i ett språk som har mening både för patienten, patientens anhöriga och andra aktörer.

11 FSA har därför i sin Vision skrivit in att man vill medverka till att skapa ett samhälle som ger alla en likvärdig möjlighet att förverkliga sina livsdrömmar.

i sitt sammanhang och den arbetsterapeutiska interventionen planeras individuellt och specifikt utifrån individens syfte och mål.

Det finns därvid bland arbetsterapeuter en uppfattning om att patientens mål och deras egna professionella mål måste vara gemensamma och likriktade men också uppfattningen att detta krav begränsar handlingsutrymmet. Det kanske skulle räcka med att kraven skall vara förenliga¹².

Olika köp- och säljssystem eller andra ekonomiska styrinstrument med krav på effektivisering och ekonomisk balans ställer krav på mätbarhet. Inom detta område finns ett stort behov av att kunna mäta den uppnådda förändringen och därmed av utveckling och utbildning.

Man behöver kunna avgöra om man nått målet eller ej och kunna påvisa vilka interventioner som resulterat i vilken förändring. Detta kan emellertid ofta bli förvirrande och motsägelsefullt eftersom flera personer utöver arbetste-

12 Frågan om kravet på gemensamma mål har kommenterats av flera i gruppen i samband med att man givit kommentarer till revideringar i texten. Begrepp som intervention, system, process, aktivitet och mål är knutna till varandra. Bristande precisering i ett begrepp leder till oklarheter i utsagor om de andra. Användningen av begreppet mål blir därmed ett exempel på vad som skulle kunna vara ett relevant tema för fortsatta fördjupande diskussioner i samband med olika fortbildningar.

rapeuten gör insatser tillsammans med patienten under samma tidsperiod.¹³

En ytterligare svårighet är att man som praktiserande arbetsterapeut förväntas uttrycka förbättringar i individens livstillfredsställelse i ekonomiska termer. Inom område ”mått och mätmetoder” finns därför ett stort behov av utveckling och fortbildning. Hur mäter man på ett reliabelt och valitt sätt förändringar i enskilda individers subjektiva värdering av sin livstillfredsställelse?

Vi arbetsterapeuter behöver därför – för att ta ställning till enskilda fall – utveckla vår egen vetenskapliga plattform¹⁴. Kan man verkligen mäta förändringar i livskvalitet på ett sätt som i praktiken är användbart för oss?¹⁵ Går det att bevisa att den individuellt anpassade insatsen man valde var ett bättre val än den man inte valde? Självklart behöver man kunna veta om man väljer rätt insatser – men hur kan

13 Många andra yrkesgrupper börjar också rikta sig mot och tala om patientens vardagsaktiviteter, vilket ytterligare försvårar att entydigt visa på arbetsterapiens värde i verksamheten. Metoderna är dock olika för att nå de uppsatta målen.

14 FSA har inrättat ett vetenskapligt råd och ett vetenskapligt forum samt betonat detta behov i den aktuella strategiska planen.

15 Fammi arbetar för närvarande med att besvara en förfrågan från Socialdepartementet angående kunskapsstrategi inför den nya forskningspolitiska propositionen 2004. Syftet med strategierna är att ge underlag för vilken inriktning som högre utbildning, forskning och utvecklingsarbete bör få. I detta arbete att samla fakta deltar också arbetsterapeuter.

sådana utvärderingar designas? Är minskade sjuktal, färre hemtjänsttimmar, mindre kostnader verkligen rättvisande mått på enskilda insatsers kvalitet och relevans?

Att få grepp om olika effektivitetsvariabler i den aktuella situationen är svårt. Orkar man som arbetsterapeut verkligen i alla lägen vara den där kunskapssökande och reflekterande personen som idealet föreskriver? Som arbetsterapeut skulle man vilja ställa andra frågor än de som normalt dyker upp i denna typ av diskussioner. En möjlighet vore kanske att se livstillfredsställelse som ett tillstånd i systemet omvärld – patient – primärvård.

Om arbetsterapi i primärvården

Vi behöver på många ställen kunna argumentera för och kunna visa att vi är en naturlig och självklar del av primärvårdens team. Vi ser genom vår utbildning det andra yrkesgrupper inte ser men har svårt att sätta ord på det särskiljande.

Aktivitetsförmåga och helhetssyn ingår också i andra yrkesgruppers språk för att förklara sin profession. Vi behöver därför ständigt allt bättre – och tillräckligt precist och nyansrikt – kunna uttrycka skillnaden mellan arbetsterapeutiska analyser och andras. För att löpande kunna göra detta är det bra att ha tillgång till goda konkreta exempel

på bra arbetsterapeutiska behovs/aktivitetsanalyser och bedömningsunderlag och hur dessa analyser kopplas till specifika arbetsterapeutiska interventioner. Det behövs flera effektiva nätverk för kunskapsspridning och en lätt tillgänglig och löpande uppdaterad kunskapsbank¹⁶

Framtidens primärvård kommer att möta nya och större krav från medborgarna liksom nya folkhälso- och livsstils-sjukdomar. Primärvården förväntas få argumentera mycket för sina pengar och visa på nyttan av de insatser som görs. Den kommer sannolikt också att ha problem att rekrytera de personer som kommer att behövas.

Därför behöver vi redan nu redskap att kunna arbeta betydligt smartare än idag. Vi måste vara ute i tid med relevanta kompetensplaner och vi behöver en strategi för hur vi skall tackla framtidens krav. Den hälsopolitiska planeringen och de medel som ställs till förfogande kommer att ha stor betydelse för primärvårdens utveckling.

Antalet äldre kommer att bli fler. Några arbetsterapeuter ser en risk att man i samhället genom att de äldre blir så många kommer att gradvis ändra på ambitionen. Det som idag uppfattas som ett synnerligen rimligt krav i omvårdnad

16 Sedan i mars 2003 finns ett sådant nätverk för arbetsterapeuter inom primärvården. Både Fammi och FSA har även hemsidor där man kan få tillgång till viktig information och fungera som kunskapsbanker.

och rehabilitering kan komma att bli betraktat som onödig lyx som samhället/huvudmännen inte anser sig ”ha råd med”.

Med en sådan utveckling sjunker medborgarnas livskvalitet vilket i förlängningen är synnerligen olyckligt ur folkhälso-perspektivet. Skulle resonemangen utvecklas i denna riktning kan detta medföra mycket destruktiva spiraler för den enskilde patienten och begränsar arbetsterapeuters möjlighet att arbeta utifrån den etiska koden.

Ensamhet och social isolering som en följd av bristande aktivitetsförmåga föder otrygghet och bäddar för inaktivitet som i förlängningen skapar vårdbehov. Kunskapsspridning kring vår kunskap om de komplexa kopplingarna mellan individ- och miljöfaktorer skulle behöva inkluderas kraftfullt i folkhälsoarbetet.

Många bland oss arbetsterapeuter menar att resurserna idag fördelas ojämnt och ojämnt över riket vad gäller stöd och rehabilitering i hemmet. Vissa patienter har tillgång till kvalificerad hemrehabilitering. Där denna inte finns handleds hemtjänstpersonal att stötta rehabiliteringen i det egna boendet. Därmed kan vissa individer/patienter få för mycket stöd, andra för lite och ofta med felaktig timing.

Utifrån ett arbetsterapeutiskt perspektiv skulle prioriteringarna utgå mer från bedömningar av patientens ”vardag”; med hänsyn tagen till balansen mellan aktivitet och vila.

Arbetsterapeuter skulle exempelvis kunna specialisera sig mer att tillsammans med vårdtagare strukturera olika insatser och stödåtgärder i vardagen.¹⁷ Arbetsterapeuter skulle kunna erbjuda säkrare aktivitetsbedömningar som grund för stödinsatser och rehabiliteringsplanering i hemmet. Arbetsterapeuten skulle kunna följa individen med kontinuitet och uppföljning över längre tid. Detta skulle kunna vara av värde när boendeform diskuteras och när beslut och förberedelse för särskilt boende blir aktuellt.

Arbetsterapeutens aktivitetsbedömningar skulle också kunna vara en hjälp för arbetet i hemtjänstens team, som därmed skulle kunna bli mera rehabiliteringsinriktat, vilket i sin tur skulle kunna leda till högre livskvalitet för vårdtagarna. Hemtjänstpersonalen skulle upptäcka möjligheter att genom ett mera stöttande än omvårdande förhållningssätt åstadkomma den aktivitet som patienten önskar och behöver med ett större mått av delaktighet.

17 Hemrehabilitering i nära samarbete med hemtjänst och anhöriga kommer troligen att bli allt mer betydelsefullt. De arbetsterapeutiska insatserna blir allt mer av träning i de vardagliga aktiviteter som patienten finner viktiga. Därmed kommer också handledning i ett rehabiliterande förhållningssätt av hemtjänstens personal och av personliga assistenter att bli en allt större del av arbetsterapeutens arbete för att patienten skall kunna bibehålla sina förmågor och inte "hjälpas till inaktivitet".

Om de nya uppgifterna för arbetsterapin

FSA presenterade för kongressen 2002 en studie med titeln "Arbetsterapi i en föränderlig omvärld – en kunskapsstudie om framtidens patient/kund". Där konstateras att arbetsterapiens patienter finns i alla delar av befolkningen men att den demografiska utvecklingen går mot flera äldre och att andelen "äldre-äldre" ökar dramatiskt. Detta får konsekvenser för primärvårdens utveckling.

Vi arbetsterapeuter ser tecken på att fler sjukskrivna kommer att bli sjukskrivna längre. Vi föreställer oss vidare en framtid där behovet av rent medicinska insatser minskar. Allt färre tillstånd kommer att betraktas som rent medicinska problem och patienterna kommer att behöva erbjudas kontakter och hjälp från väsentligt fler kompetensområden i samverkan. Många ohälsotillstånd tillmäts en betydande psykosocial och psykosomatisk bakgrund.

Det förekommer arbetsformer som kan liknas vid en "hälso-disk" där flera yrkeskategorier möter patientens problem utifrån sina respektive paradig. Patienten anmäler sina problem vid "disken" och slussas vidare till den personalkategori som bäst bedöms möta upp mot problemet. Sådana arbetsformer antyder att det inte alltid är självskrivet att patienten först ska träffa en läkare för bedömning.

Samverkan i team kommer att behöva stärkas och utvecklas. Fokuseringen på "medicinska diagnoser" kommer också att

förändras mot ett klassificeringssystem som mera bygger på funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar (jämför ICF 2002)¹⁸. Insikten att man kan ha en sjukdom men vara fullt frisk kommer att sprida sig. Självkänslan och hälsoupplevelsen ligger i att kunna göra det man vill kunna göra i vardagen.

I studien ”Arbetsterapi i en föränderlig värld ” konstaterades att sjukvården kommer att förskjutas från landstingen till kommunerna. Genom kommunernas större dominans blir det naturligt att ställa sig frågan – skall arbetsterapi verkligen vara kvar inom vården? Arbetsterapi kanske har en helt annan utgångspunkt än den som vårdorganisationen bygger på. Arbetsterapi betonar det friska och inte det sjuka.¹⁹ Många arbetsterapeutiska insatser rör patienter som i vårdens mening är medicinskt färdigbehandlade.

18 Många arbetsterapeuter ställer förhoppningar till att ICF kommer att kunna skapa ett gemensamt språk för att beskriva hälsa och hälso-relaterade tillstånd. Detta gemensamma språk kommer sannolikt att underlätta både diskussioner och dokumentation och kan genom klassificeringen i funktioner, aktivitet och delaktighet leda till att de arbetsterapeutiska insatserna blir mera synliga. En konstruktiv tillämpning av ICF kräver emellertid att alla kategorier ägnar tid och utbildning för att sätta sig in i ICF-systemet.

19 Å andra sidan kan man också säga att arbetsterapeuter organisatoriskt måste finnas kvar inom vården för att någon där i olika sammanhang skall kunna föra in tanken på ”det friska” – men man kan fråga sig om det är relevant och konstruktivt med två olika huvudmän för vård och sociala frågor?

Anledningen till att man blir sjukskriven behöver inte vara att man är sjuk. Man kan bara inte utföra just det aktuella jobbet. Med rätt arbetsteknik, psykosocialt arbetsklimat och fysisk arbetsplatsanpassning skulle nästan alla kunna ha ett arbete. Arbetsterapeuter skulle kunna göra stor nytta i ett förebyggande arbetsmiljöarbete genom praktisk ergonomi och miljöanpassning på den aktuella arbetsplatsen. Arbetsterapeuten skulle kunna analysera organisationsstrukturen, höra hur kulturen är på arbetsstället, tidigt hitta de 25% som riskerar att bli sjukskrivna.

Vi skulle kunna ha samma förebyggande roll inom alla våra områden – arbete, skola, boende, familjeliv, fritid osv. (Uppräkningen hämtad ur Etisk kod för arbetsterapeuter, FSA 1998). Vårt arbete är att hjälpa patienten se och ändra sin självbild i sin kontext, stötta deras egna ansvarsfulla val, erbjuda redskap att ändra ett oönskat beteende, peka på behovet av aktivitetsbalans och vinna sin egen livskvalitet. Vi strävar efter att undvika att hamna i ”fixar”- rollen och att i stället mer och mer tillämpa ett konsultativt arbetssätt.

Om framtidens patient

Många har analyserat dagens trender för att se bilden av framtidens patienter i primärvården. Övervikt, musarm och diabetes är exempel på diagnosgrupper som sannolikt kommer att öka. Det kommer också att krävas ökade insat-

ser i samband med stress, benskörhet och allergier, det vill säga tillstånd som inte är direkt sjukdomsrelaterade utan främst hänger samman med livsstil och livsstilsförändringar och exponering över tid.

I dag beskrivs framtidens patient huvudsakligen i medicinska diagnostermer. Arbetsterapeuter skulle ha stor nytta av om motsvarande framtidsanalyser också gjordes i de termer som är relevanta för arbetsterapeutiska ställningstaganden – t.ex. analyser av utvecklingen för grupper som behöver ”daglig aktivitet” och sådana som behöver stöd för att kunna vara delaktiga i samhällslivet²⁰. Vem bevakar deras rättigheter och behov när primärvårdens arbetsformer fastställs?

Man kan också ganska säkert säga att andelen patienter, som har sitt ursprung i andra kulturer än den svenska, kommer att öka. Vårt mångkulturella samhälle kommer att ställa stora krav på vårdens anställda både vad avser bemötande, språkkunskaper och kulturkunskaper/-förståelse.

Arbetsterapeuter behöver bli duktigare att marknadsföra den arbetsterapeutiska kompetensen och de arbetsterapeutiska insatserna. Argumentationen skall i detta fall inte bygga på att vissa patientgrupper sannolikt blir större utan snarare på hur arbetsterapeutiska insatser kan gagna

20 Ett första steg finns i formuleringarna i förbundets strategiska plan men skulle behöva utvecklas vidare.

folkhälsan, avlasta andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård, minska vårdbehovet på sikt, förebygga sjukskrivningar och medföra att människorna håller sig friskare över längre tid. Arbetsterapeuters uppfattning är att många människor konsumerar vård därför att de inte är tillräckligt aktiva och delaktiga i sin egen vardag och i samhället.

Om framtidens hjälpmedelshantering

Hjälpmedel är ett av arbetsterapiens kompensatoriska redskap för att erbjuda patienten möjligheten att leva ett aktivt, värdefullt och så långt möjligt självständigt liv. Patienten sätter själv målet med en hjälpmedelsutprovning i samråd med sin arbetsterapeut.

Framtidens patient kommer också att ställa nya och större krav på hjälpmedel. De kommer inte att nöja sig med de hjälpmedel som vi kan erbjuda idag. Man kommer att kräva betydligt mer individuellt anpassade lösningar.

De hjälpmedel som finns och efterfrågas blir också betydligt mer tekniskt avancerade. Även om en arbetsterapeut inte själv behöver kunna ”meka” med den avancerade tekniken så måste man hålla sig ajour med utbudet på marknaden, användningsområde och vad som är möjligt att anpassa individuellt.

Hjälpmedel blir mer och mer ett villkor för många grupper för att delta i samhällets aktiviteter. IT-samhället kan erbjuda lösningar på många tidigare nästan oöverstigliga aktivitetshinder men dessa lösningar kostar också stora pengar. Frågor om prioritet och rättvisa kommer att bli allt svårare. I de fall där hjälpmedel ej kommer att tillhandahållas genom hjälpmedelsorganisationen förväntas arbetsterapeuten ge råd och stöd kring hjälpmedel och i förekommande fall bistå med intyg till fondansökningar och till försäkringsbolag.²¹

I dag diagnostiseras alltfler handikapp som hjärnskador. Patienter med denna diagnos kan inte botas i konventionell mening så att de blir fria från sitt handikapp. Detta gäller också en mängd andra tillstånd som exempelvis ryggproblem och psykiska och fysiologiska störningar. Om dessa patienter inte kan erbjudas stimulans och rätt daglig sysselsättning kommer de att konsumera allt mer kostsam och ibland onödig sjukvård.²²

21 Det kommer säkert att i framtiden krävas tekniska hjälpmedel för olika typer av fritidssysselsättningar. Detta finns idag i mycket begränsad omfattning. Kommer vi att anse oss ha råd med en sådan utveckling?

22 Ett exempel är patienter med autism. Även om gruppen inte ökar så kommer ändå allt fler att upptäckas och få denna diagnos. Dessa behöver någon form av kognitivt stöd för sin habilitering. Även om det finns specialkompetens inom Vuxenhabilitering kommer ändå det basala ansvaret att ligga inom primärvården. Arbetsterapeuten har en viktig uppgift både genom direkta insatser mot den enskilde patienten/brukaren men också genom handledning till personal och anhöriga i deras habiliteringsarbete.

Valet står således mellan att genom hjälpmedel, nya aktiviteter och träning erbjuda en delaktighet i samhällslivet utifrån de förutsättningar som handikappet tillåter – eller – erbjuda en tillvaro där man är någon som skall ”behandlas”.

I många kommuner och landsting går utvecklingen när det gäller hjälpmedel mot allt fler köp- och sälj- relationer. Man tar ut avgifter av patienten för de hjälpmedel som provas ut och förskrivs. De resonemang som förs kring hjälpmedel, hjälpmedelshantering och hjälpmedelsbehov borde i stället övervägas i ett större folkhälsoperspektiv.

Även en ganska blygsam avgift för hjälpmedel har exempelvis visat sig innebära att många patienter med ekonomiskt knappa förhållanden avstår från hjälpmedel. De patienter som avstår från hjälpmedel riskerar att bli inaktiva vilket i sin tur kan leda till ett ökat hjälpbehov med större kostnader. Det sker en besparing från hjälpmedelsorganisationens budgetperspektiv men samtidigt skulle kanske ett hjälpmedel innebära en stor livskvalitetshöjning för en mycket liten kostnad sett ur hälsopolitiskt perspektiv.

I andra fall är det tvärtom. Då utnyttjas lösningar med tekniska hjälpmedel som innebär stora kostnader därför att det saknas resurser till att stötta patienten att träna upp sin förmåga med kontinuitet och uppföljning över längre tid. Arbetsterapeuter skulle således i många fall hellre se att man satsade på att aktivera och träna patienten än att erbjuda kompensatoriska hjälpmedel. Valet mellan den ena

eller andra metoden borde dock inte överlåtas till att bli en fråga om patientens ekonomiska situation eller tillgång på arbetsterapeutresurser utan vara den professionella aktörens val.²³

Möjligheten att prova ut olika tekniska hjälpmedel är en viktig förutsättning för arbetsterapeutens professionella insatser. Patienten kommer med sitt problem och sina önskemål och erbjuds individuell utprovning av tekniska hjälpmedel, som skulle kunna hjälpa upp aktivitetsnedsättningen.

Utbudet av tekniska hjälpmedel ser olika ut över landet utifrån landstingens skilda hjälpmedelsorganisationer och beslut om begränsade hjälpmedelssortiment. Framtidens patient förväntas i större utsträckning komma med egna önskemål om hjälpmedel utanför beslutat sortiment.

Alla inskränkningar i möjligheten att erbjuda hjälpmedel innebär en försämrad service till patienten och att effektiviteten i den arbetsterapeutiska insatsen försämras. I vissa verksamheter saknas resurser att löpande utvärdera patientens utveckling och då ta tillbaka de hjälpmedel som inte längre brukas. Detta leder till att många hjälpmedel inte utnyttjas rationellt. Det finns farhågor att hjälpmedlen ibland kanske till och med blir undanställda i förrådsutrym-

23 Arbetsterapeuter skulle behöva ta fram kunskap om hur olika hjälpmedel påverkar patienter på lång sikt.

men istället för återlämnade och att de som skulle ha nytta av dem inte får tillgång till dem. Detta stämmer emellertid inte med tillgänglig forskning²⁴. Arbetsterapeuten får trots detta inte sällan besked från hjälpmedelscentralen: ”Det är slut i lagret”.

I mycket är användningen av hjälpmedel en attitydfråga. Hälsa- och sjukvård har tidigare i hög grad kretsat kring möjligheten att återställa tillståndet till det ”normala”. Patienter uttrycker detta ofta med orden ”först skall jag bli frisk – sedan kan jag arbeta”. Det finns anledning att bryta denna tendens. I denna process är det viktigt med en rätt användning av hjälpmedel. Därför har vi arbetsterapeuter en viktig roll när det gäller utprovning av dessa.

Om arbetsterapins insatser för att stärka det lokala nätverket

Erfarenheter talar för att de som bor på landet utnyttjar vården mindre och använder mindre hjälpmedel än de som bor i större tätorter. Det sociala nätverket är för dem san-

24 En närmare granskning i Helsingborg har visat att bilden av hjälpmedel som ställs undan är falsk. De allra flesta vårdtagare lämnar i stället mycket snabbt tillbaka de hjälpmedel de inte längre behöver; de vill gärna bli av med dem eftersom dessa ofta tar plats i boendet. Myten omhuldas möjligen som ett skydd mot insikten att behovet av hjälpmedel är väsentligt större än tillgången.

nolikt tätare än för dem som bor i stan. Trädgård, vedeldning och husdjur kräver att man håller igång och ger också tillvaron struktur och mening. När man inte längre klarar sin vardag på landet eller när det sociala nätverket slås ut flyttar man till centralorten för att få service och trygghet. I staden är man inflyttad i ny miljö, ensam och har kanske svårt att finna nya sociala kontakter. Stadsbor kräver mer omsorg och hjälpmedel. Städerna växer och landsbygden avfolkas.

I förlängningen på denna utveckling ser arbetsterapeuterna behov av att på olika sätt kompensera för bristerna i de sociala nätverken genom att bygga sociala aktivitetshus spridda i närområden dit alla åldrar kan ta sig fritt och där man kan vara kreativ och aktiv i linje med den nya tidens krav; till exempel krav på simhallar och andra motionsanläggningar, möjlighet att gå på bio, se utställningar, delta i varierande aktiviteter i social samvaro, egna valda studiecirkel och gruppaktiviteter eller bara vara en besökare.

Redan nu finns sådana exempel. På vissa orter finns en särskild handikappläktare i hockeyhallen, där frivilliga servicevärdar hjälper den som har hjälpbehov. På andra orter finns uppsökande verksamhet av särskilt anställda som erbjuder väl anpassade aktiviteter där individen kan pröva sig fram till passande alternativ, som hjälper till att hitta till aktivitetshuset; uppmuntrar att ta de första stegen, stöttar så att man orkar hålla ut osv. Arbetsterapeuter tror också på en utveckling mot mer gruppaktivitet och gruppvard.

Arbetsterapeuters inriktning på aktivitet och rehabilitering kommer ofta i konflikt med hemtjänstens inriktning på service. God service är inte alltid att få tvätten fixad och slippa handla. Möjligheten att gå till tvättstugan, att själv se urvalet i affären är för många en del i livskvaliteten²⁵. När patienten vant sig vid en viss service så begränsas arbetsterapeutens möjlighet att se vad personen verkligen skulle vilja och kunna göra själv. Man kan då inte observera individens vilja och drivkraft till egen aktivitet.

Om hur arbetsterapeuter ser framtidens primärvård

Dagens primärvård är i stor utsträckning formad av en tid då patienter var ”tacksamma hjälpsökande väsen”. En primärvård i tiden kommer att ha helt andra öppettider, helt andra arbetstider, ett betydligt större kontaktnät utanför hälso- och sjukvården än i dag, arbeta med ett väsentligt bredare utbud av insatser än idag och måste ha en personal med stor kreativitet och förmåga att hitta de möjligheter som svarar upp mot medborgarnas krav och livsföring.

Framtidens patient kommer att vilja vara aktiv länge och kommer att efterfråga mera kvalificerade hjälpmedel för att kunna vara det. Många kommer också att kräva att få rå sig själva i eget boende

25 Att göra det ”för” patienten tar ofta kortare tid än att göra det ”med” patienten. Detta kan förklara varför man i hemtjänsten ofta väljer det första alternativet.

Framtidens primärvård kommer att kräva en mer nära samverkan mellan arbetsterapeuter och allt flera yrkesgrupper. Det kommer att behövas förstärkt samarbete både med biståndshandläggare och med hemtjänstens personal. Vi arbetsterapeuter kommer att ha intensivare kontakter med Försäkringskassan, med Socialförvaltningar, med Arbetsförmedlingen och med Försäkringsbolag. Vi kommer också att ha utökade kontakter med olika specialiserade rehabiliteringsinrättningar och med alla olika avdelningar inom den slutna vården; både med läns- och regionsjukvård.

Arbetsterapeuter kommer också att arbeta mer och mer direkt med arbetsgivare och företagare för att komplettera företagshälsovården och kommer förhoppningsvis att bli en helt naturlig del inom företagshälsovård och arbetsrehabilitering. Arbetsterapeuter kommer också att ha fler direkta kontakter med olika grupper som arbetar med samhällets fysiska utformning – som till exempel fastighetsägare, arkitekter, stads-/plan- och miljökontor och andra samhällsplanerare – för att undvika områden där handikappade inte kan ta sig fram och för att medverka till en bättre anpassad samhällsmiljö.

Vi kommer självfallet också att arbeta allt mera integrerat med alla berörda i hela den vårdkedja där primärvården ingår – både de som finns före den egna insatsen och de som finns efter i kedjan.

Redogörelse för samtalet i Fokusgrupp 2

Av Ingegerd Bergström, Anna Cederlund, Åsa Eriksson, Christina Fhyr, Ingegärd Florin, Ingrid Hoffman, Margareta Högborg, Ann Louhelainen, Anita Petersson, Inga-Lill Rosvall och Ingrid Sandberg i brevväxling med Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg

I ett arbetsliv som bygger på att självständiga aktörer har mandat att själv ta ställning och prioritera sina insatser ställs krav på att var och en skall kunna argumentera för sitt val – också för valet att göra som man alltid gjort. Därmed ändrar också diskussionen om vad som är relevant kompetens sitt fokus.

Termer som "social kompetens", "dynamisk kompetens", "kollektiv kompetens" är därför inte bara modeord. De är uttryck för att de gamla kompetensbegreppen inte räcker till för att beskriva den kunnighet som måste uppmärksammas.

Även om primärvården enligt regeringens direktiv kommer att förstärkas kommer resurserna ändå inte att räcka till de krav som kommer att föras fram. Den tekniska utvecklingen kommer att dramatiskt förändra vilka hjälpmedel som blir möjligt att erbjuda. Vetenskapliga framsteg gör beprövade insatser förlegade och nya alternativ kommer att finnas.

På arbetsterapins fält kommer därför möjligheterna säkert att överskrida resurserna. Vård och omsorg i primärvården kommer därför att ställas inför samma dramatiska krav på effektivare användning av resurser som resten av arbetslivet.

Det är inte längre organisationsstrukturen som blir avgörande för effektivitet och kvalitet. Svårigheten ligger i att åstadkomma en effektiv samverkan i det nätverk av professionella och självständigt handlande aktörer som finns.

Genom denna nya situation förändras vad man som enskild aktör kan ställas till svars för och vad man måste kunna kommunicera till andra berörda för att ens insatser och interventioner skall bli rätt bedömda och väl mottagna av klienter, deras anhöriga och av kolleger i teamet. Från denna utgångspunkt startade samtalet den 12/3.

Kompetens att hålla sig på jorden

Det svåra i arbetet är inte att förstå vad som är bra utan att skapa lösningar som är realistiska. Det som skulle vara riktigt bra för patienten är exempelvis sällan möjligt för den aktuella personalen att genomföra på grund av tidsbrist eller av andra skäl. Lösningarna uppfattas inte heller alltid av personalen som förenliga med en god arbetsmiljö.

Den vidareutbildning som nu erbjuds innehåller i vissa fall allt för mycket ”sälj” – alltså genomförs av företag som marknadsför sina nya produkter. Många av de produkter som rekommenderas bygger på förutsättningar som inte alltid finns och uppfattas med hänsyn till verklighetens förutsättningar av vissa arbetsterapeuter som ”lyxlösningar”.²⁶

De är också i många fall grundade i synen att patienten skall erbjudas en passiv behandling medan arbetsterapeuterna söker samarbeten där patienten själv kan vara aktiv och samarbeten med andra kolleger i teamet för att erbjuda patienten sådana aktiviteter.

Arbetsterapeuten behöver således en vidgad kunskap för att kunna omforma de sofistikerade lösningar som ofta presenteras i utbildningen till något som fungerar väl även i verkligheten.

Det krävs både större bredd och djupare djup

Många klienter i kommunens äldreomsorg kännetecknas av en rad olika krämpor som blir vanliga med ökande ålder²⁷.

26 Problemet är förstås inte att lösningarna är orealistiska utan i att det ligger i arbetsterapeutens uppdrag att ha kompetens nog att granska dessa lösningar utifrån den lokala situationen och den kliniska erfarenheten för att tillsammans med teamet bedöma vad som skall köpas in av kommunen och vad som den enskilde patienten måste köpa själv.

27 På vissa håll kallar man detta för ”multi-skrôppel”.

Arbetsterapeuter behöver en god specialkunskap om ”att vara gammal” som de sedan kan omsätta i de olika situationer där de möter dessa patienter och föra vidare till andra personer som är engagerade i omvårdnaden.

Vi möter också allt oftare så kallade ”internet-patienter”, det vill säga patienter som har tillgång till all information som finns på nätet om just deras åkomma. Dessa kan hålla sig synnerligen ajour med ”senaste nytt”. Som professionell aktör kan det då kännas svårt att upprätthålla sin legitimitet.

Man vet samtidigt att det man säger får en särskilt tyngd – just för att man uppfattas vara professionell – men tänk om det man säger nu är fel och förlegat. Yrkeskunskapen måste därför också utvecklas mot att arbetsterapeuten blir en kompetent dialogpartner till patienten för att tillsammans med denne utforska vad som vore kloka initiativ snarare än att fortsätta vara en objektiv funktionsbedömare.

Det skulle behövas en kompetensutveckling både i större bredd och djupare djup. Detta är ett dilemma. Ingen yrkesgrupp klarar att tillägna sig en sådan kunskapsbas. Problemet är likartat det som allmänläkarna möter. En lösning är förstås specialisering²⁸. Ett annat alternativ är att den

28 Vi skiljer på specialist och specialisering. Man kan som person vara specialistkompetent inom något av arbetsterapins specialistområden men behöver därför inte arbeta i en specialiserad verksamhet som inriktats mot en speciell patientkategori.

arbetsterapeutiska kunskapen kondenseras²⁹ till ett mindre antal men mera grundläggande principer som kan tillämpas på alla de mångskiftande frågor som finns i primärvården.

Ett bättre kunnande att hitta vinna-vinna lösningar

Samtalet kretsade också kring frågan om arbetsterapeutens legitimitet i primärvårdsteamet och i hemtjänsten. Det gavs många exempel där både tekniska hjälpmedel och andra lösningar som arbetsterapeuten ordinerat inte fullföljs. Ofta med hänvisning till att arbetet för vårdpersonalen blir omständligare och tar längre tid³⁰.

Erfarenheten är att Arbetsmiljölagen i vardagsarbetet har starkare ställning än Hälso- och sjukvårdslagen. Hänsyn till vårdpersonalens komfort går ofta före patientens välbefinnande och livskvalitet.

29 Med kondensering menar vi en förtätning av kunskapen – alltså nya mera precisa formuleringar av det man vet men utan att förlora information.

30 Den påstådda motsättningen mellan arbetsmiljölagens krav och vad som vore önskvärt för patientens del skulle behöva utvecklas mera. Många förslag och lösningar som arbetsterapeuten föreslår skulle troligen innebära att personalen skulle slippa belastningsskador men många upplever att det inte finns tid att arbeta på detta mera förebyggande sätt.

När arbetsterapeuten, som i den slutna vården, har möjlighet att hela tiden vara närvarande i vårdarbetet ges bättre möjligheter att förklara vikten med att upprätthålla olika interventioner³¹ trots att de är både tids- och arbetskrävande. Detta är i dagens läge inte möjligt i särskilt många av primärvårdens uppdrag.

Ett bättre samarbete med Företagshälsovården vore önskvärt så att dessa kan hjälpa personalen att hitta lösningar som gör det möjligt för dem att tillfredsställa patientens behov av hjälpmedel och aktivitet utan att samtidigt öka sin egen tidspress och psykiska belastning.

Man kan som arbetsterapeut vara förbryllad över att inte läkares och sjuksköterskors ordinationer ifrågasätts på liknande sätt. Detta kan hänga samman med att de medicinska åtgärderna hämtar sina argument från en tanketradition som vårdpersonalen är mera van vid. Det har visat sig att vi arbetsterapeuter behöver mera tid att i en handledning förklara arbetsterapins grundvalar, bakgrunden till de interventioner man föreslår och innebörden i ett rehabiliterande förhållningssätt eftersom det handlar om aktivitet³².

31 Interventioner skall här tolkas som ingrepp i patientens aktivitetsmönster, vilka syftar till att på sikt återskapa en högre livskvalitet.

32 Begreppet aktivitet är centralt inom arbetsterapin. Beroende på hur man definierar det så följer olika konsekvenser för hur man som arbetsterapeut bör bemöta patienter. Detta kommer att fördjupas något i senare avsnitt i rapporten.

Alla berörda i arbetet med patienten måste förstå allvaret i att frångå den genomtänkta ordinationen och göra på sitt eget sätt. Man skulle för att få större kraft i insatserna ha stor nytta av en fortbildning som underlättar att vara en god pedagog³³.

I detta pedagogiska uppdrag ligger exempelvis att tillsammans med dem som berörs hitta lösningar där arbetsterapeutens åtgärder inte kommer i konflikt med vad som är acceptabla arbetsvillkor för den personal som berörs av åtgärden. Ett ökat kunnande att hitta sådana ”vinna – vinna” lösningar skulle också behöva ingå i utbildningen.

Att vara både coach, konsult och pedagog

Många av primärvårdens svårigheter – gäller både landstingens primärvård och kommunens hälso- och sjukvård – hänger samman med att sjukvården på många sätt blivit samhällets ”all-fixare”. Mycket av det som tidigare gjordes medan patienten var kvar på sjukhuset anses nu med rätta kunna utföras och slutföras inom primärvården och i

33 För att inse allvaret i att inte fullfölja en genomtänkt ordination krävs både omfattande utbildningsinsatser av all personal och ett långsiktigt förändringsarbete. Erfarenheten är att om bara en eller ett par bland vårdpersonalen går på kurs i till exempel” rehabiliteringsinriktat arbetssätt” så har de synnerligen svårt att sedan få gehör för sina nya idéer när de återkommer till arbetet.

hemmet. Uppdraget i primärvården blir därmed allt bredare. En viktig följd av detta nya synsätt är att arbetsterapeutiska interventioner ofta måste genomföras genom andra och inte direkt av arbetsterapeuten själv.

Vi arbetsterapeuter får därmed en allt mer rådgivande och konsulterande roll och förväntas fungera som handledare³⁴. Denna utveckling kan innebära att man får allt mindre kontakt med praktikens frågor. Det kan då bli ett problem att upprätthålla det egna praktiska kunnandet när man inte själv konfronteras med vad som skall göras?

Det är svårt att vara en bra konsult om man inte också ”skulle kunna själv” om det kom till kritan. Högskolan har genom sin mer teoretiska inriktning svårt att erbjuda en bra vidareutbildning som kan hjälpa arbetsterapeuten att hålla uppe kunnandet om det ”vanliga” arbetsterapiarbetet.

Vi arbetsterapeuter erbjuds exempelvis fortbildning i form av ett stort smörgåsbord av olika 5-poängskurser. Många av oss skulle ha mera nytta av en mera sammanhållen och genomtänkt kompetensutvecklingsplan, som tar hänsyn till det som förefaller relevant för framtiden inom just den

34 Handledaruppdraget varierar kraftigt både vad avser målgrupp, innehåll och form.Handledning är därför inte ett enhetligt begrepp utan borde preciseras bättre. I detta fall syftas på att handleda personal i vården. Ofta innebär arbetet också att vara handledare för elever och studenter på högskolan.

sektor där man arbetar. Arbetet inom primärvården är också ofta ett ensamarbete. En del av utvecklingsbehovet skulle kanske kunna täckas genom kollegiala diskussioner³⁵ och egen handledning för reflektion och bearbetning av gjorda erfarenheter.

Kunskaps- och informationsspridningen mellan sjukvården och primärvården fungerar inte heller friktionsfritt ännu. Det finns datortekniska hjälpmedel som larmar när en patient tas in och när den skrivs ut men dessa program finns inte tillgängliga hos särskilt många. Det händer ofta att patienter kommer hem från sjukhuset utan att personalen inom primärvården får den information de behöver för att göra ett bra jobb. Omvänt gäller att sjukhuset inte heller alltid får den information från primärvården som de behöver för den vårdplanering som genomförs inför att någon skrivs ut.

Kunskap som ökar verkningsgraden

Frågan om det medicinska språket och det arbetsterapeutiska professionella yrkesparadigmet återkom i samtalet.

Vi arbetsterapeuter har fokus på aktivitet och börjar vår analys med en sådan problembeskrivning. Den medicin-

35 Fammi arbetar redan idag med kollegiala grupper så kallade FQ-grupper. Även den kvalitetsutvecklingsmetod som Fammi förespråkar – Audit Fammi – är byggd för att i den kollegiala gruppen reflektera över sitt arbete.

ska diagnosen innehåller information som även en arbetsterapeut behöver men just denna information utgör inte analysens bas. För att öka kvaliteten i primärvården borde även annan information – mer fokuserad på arbetsterapiens arbetsområde – finnas tillgänglig.

Yrket utvecklas också. Mycket som tidigare tillhörde den arbetsterapeutiska kunskapsdomänen har nu blivit allmän-
gods och kan tillämpas av andra yrkesgrupper. Å andra sidan har nya och andra kunskaper och uppgifter kommit till som borde utvecklas mera. Ett exempel på ett område där det finns sådan ny erfarenhet och kunskap – men där också vissa kunskaper nu blivit allmängods – är demensutredningar.

Problemet är inte att vi arbetsterapeuter vill bevaka vårt revir. Vi har absolut inte för få uppdrag. Alla har fullt upp. Många av oss anser att vårt unika kunnande skulle kunna användas på ett effektivare sätt och ge större utbyte om också andra personalkategorier involverades i arbetet.

Fortbildning för arbetsterapeuter innebär förstås att den enskilde lär sig utföra sina traditionella uppgifter bättre. Den kan också innebära att man ges möjlighet att växa in i helt nya uppgifter. Fortbildning skulle dessutom kunna inriktas på att öka verkningsgraden av allas insatser genom att utveckla teamets samarbete³⁶.

Till ”teamet” räknas då alla som på olika sätt medverkar till patientens livskvalitet – alltså även arbetsledningen och de ansvariga politikerna på olika nivåer.

En strikt arbetsdelning efter konventionella principer kan innebära en risk i den nuvarande organisationen att vissa yrkeskategorier, till exempel sjuksköterskor, oavsiktligt blir ett filter så att de arbetsterapeutiska insatserna inte kommer i fråga förrän ganska sent i rehabiliteringsprocessen. Rätt insatser tidigt skulle kunna lösa upp vissa problem och därmed avlasta andra personalkategorier.

Det skulle därför vara bra om utvecklingen inom olika kunskapsområden kompletterades med en medveten kommunikativ strategi – arbetsterapeuter borde tillskansa sig förmåga och kompetens att kunna starta en tydligare diskussion som förklarar när och varför vi går in i ett ärende och när vi inte gör det. Detta borde vara en viktig sida i all fortbildning³⁷.

36 Samarbete innebär att när det som måste göras kan göras på olika sätt så väljer man det sätt som också stödjer och underlättar för medaktörerna. I senare avsnitt återkommer vi till samarbetets innebörder i det moderna arbetslivet.

37 Några nämner i sina kommentarer att man redan i grundutbildningen borde satsa mer på att öva sig att pedagogiskt beskriva varför man föreslår det man föreslår.

Specialisering enligt en arbetsterapeutisk terminologi

Primärvårdens framtida utveckling väcker som tidigare nämnts frågan om specialisering.

Den specialisering som blir relevant för arbetsterapeuter kan inte enbart utgå från medicinska diagnoser. Den måste också utvecklas utifrån den specifika variation som framträder i den arbetsterapeutiska verksamheten.

I samtalet exemplifierades detta med att man inom ett landsting uppmärksammat att andelen unga med problem med händerna ökat markant. Där utvecklas då särskilda arbetsterapeutiska program för dessa. Dessa patienter har på samma sätt som ”utbrända” inte bara en medicinsk problematik utan också en livskvalitetsproblematik, som kräver särskilda insatser.

Också bilden av gamla som enbart vårdtagare har förändrats. Gamla går på gym. De vill bo kvar hemma väsentligt längre än förr. Vi har fått andra begrepp för vad som är folkhälsa och bättre kunskap om vad som bidrar till den. Man ordinerar motion på recept. Och måste i framtiden samarbeta mycket mer med frivilliga krafter. Grunddragen i en sådan specialisering på arbetsterapins grund skulle behöva diskuteras. Mycket av det ”gamla vanliga” har samhället växt från. Det är relevant att i vår framtida kunskapsutveckling av och till ställa oss frågan ”behövs vi och vår kunskap och till vad?”

Kunskap att prioritera

Framtiden innebär därför att alla yrkeskategorier måste ta ställning till hur resurserna skall prioriteras och behöver föra ett resonemang som underlättar att kunna ta ställning till vad man skall välja att göra och vad som skall väljas bort³⁸.

Inom kommunens primärvård blir uppgiften att se till att de boendes miljö är lätt att leva och arbeta i. Förhållandena skall underlätta för arbetsterapeuten att vara handledare till den övriga personalen och göra det möjligt att framhålla omgivningens och aktivitetens betydelse för ett rikt liv så att sådana faktorer inte prioriteras bort.

Kunskapen om tekniska hjälpmedel är en specifik arbetsterapeutisk kompetens och ett av de viktigaste medlen inom arbetsterapin. Arbetsterapeuter ser att man nu på grund av tidsbrist och bristande förståelse från andra yrkesgrupper allt oftare hamnar i att bara verkställa ”beställningar”, inte hinner ta egen välgrundad ställning till samspelet mellan klient, hjälpmedel och omvärld och inte kan ingripa där det behövs.

Det finns därför en oro att hjälpmedelskunnandet reduceras till en ”prylhantering” och inte en kvalificerad arbetster-

38 För att utveckla en evidensbaserad arbetsterapi krävs exempelvis ett ökat samarbete med befintliga högskolor för att på så sätt få handledning och tillgång till ett aktuellt bibliotek.

peutisk uppgift. Det finns emellertid också en oro för den motsatta utvecklingen – det vill säga att inriktningen på nya mer ”teoretiska” tillämpningar av den arbetsterapeutiska kunskapen skall innebära att man försummar den basala och praktiska del i verktygslådan som hjälpmedlen är och att man inom professionen inte tillräckligt satsar på att följa med i utvecklingen på området.

Helt nya rehabiliteringsstrategier

Vid vårdcentralen kommer troligen ”utbrändhet” att fortsätta att vara ett stort arbetsområde under överskådlig tid. Eftersom detta inte främst är en medicinsk problematik skulle en arbetsterapeut i många fall kunna finna nya kreativa öppningar för en god rehabilitering om arbetsterapeuten gavs tillfälle att komma in tidigt i rehabiliteringen och därigenom skaffa sig större erfarenhet av dessa frågor. I dagens praxis har arbetsterapeuter ingen given roll bland de aktörer som dessa så kallade ”utbrända” träffar³⁹.

Detta leder in på frågan om samhällsförändringar. Utbrändhet kan också ses som en relevant reaktion på ett omänskligt samhälle. Arbetsterapeuten – liksom alla andra – måste

39 I dagens praxis tillämpas en så kallad horisontell arbetsdelning, som försvårar att se hur den enes insatser påverkar de andras och hur olika aktörer bidrar i skeendet.

därför fråga sig om man verkligen skall ställa upp som städgumma i ett olämpligt samhällssystem. Skall man uppmuntra en sjuk värld genom att erbjuda rehabilitering för dem som arbetslivet ”kvaddar”, kvällsöppet för dom som inte får ledigt under dagtid men som egentligen borde få det osv. Den bästa rehabiliteringsstrategin kanske är aktiviteter som förändrar attityder och beteenden i samhället.

Attityden till sjukskrivning har också förändrats. Sjukskrivning är inte alltid en fråga om sjukdom utan en fråga om brist på ett arbete eller en aktivitet som vederbörande skulle kunna engagera sig i med de förutsättningar denne har.

Med detta alternativ i minnet skulle det behövas en fördjupad kompetens i teamet att hitta den intervention som är ett alternativ till sjukskrivning och som på ett adekvatare sätt griper in i de ofta mycket komplexa samhällsproblem som ligger under personens problem.

Arbetsterapeutens kunnande att bedöma under vilka villkor som personen skulle kunna arbeta är därmed ett viktigt bidrag i detta sökande. Kunnandet borde kunna blir mer använt än det är i dag.

Avslutningsvis

Samtalet avslutades med en sammanfattning av vad som under samtalet vuxit fram som viktiga kunskaper att sprida till andra personalkategorier i primärvården:

- Baskunskap i arbetsterapi – för att öka förståelsen för arbetsterapeutiska interventioner.
- Aktivitetsanalysens grundelement – för att underlätta samarbetet.
- Översikter över vilka typer av hjälpmedel som finns – för att förbättra övriga personalkategoriernas kompetens att beskriva själva grundproblemet på ett sådant sätt att arbetsterapeuten lättare kan bedöma om patienten över huvud taget skall ha hjälpmedel eller annan form av behandling.
- Erfarenheter av hur man kan uppmärksamma vad patienten vill och uttrycker – för att alla personalkategorier skall kunna medverka till ett gott bedömningsunderlag⁴⁰.

40 För detta finns idag arbetsterapeutiska metoder som tex COPM, EDAQ mm men gjorda erfarenheter skulle behöva spridas och diskuteras.

Arbetsterapeuter behöver vidareutveckla sitt eget kunskande om:

- Metoder för att fastställa evidens
- Metoder för utvärdering
- Olika livsbegränsande tillstånd – till exempel när man blir gammal, när sinnesfunktioner sviktar, när man drabbas av minnesstörningar, när man tappat gnistan.

Arbetsterapeuter behöver också öva sig i att argumentera för arbetsterapeutiska insatser och beskriva varför man intervererar som man gör och varför man ibland säger nej och avstår från att medverka.

En betydligt tydligare betoning av pedagogik och kommunikation än nu blir viktiga inslag i utbildningen eftersom arbetet numera ofta handlar om motivationsarbete och kontakter både med anhöriga och personal.

Det vore bra ur många aspekter om arbetsterapeutiska insatser kunde introduceras tidigt i en rehabiliteringsprocess. Man måste emellertid också beakta att det finns en logik hos patienten som innebär att denne själv vill kunna utesluta vissa sjukdomstillstånd och behandlingsalternativ innan han/hon känner sig beredd att gå in i ett samarbete med en arbetsterapeut.

Förhoppningsvis kan ett sådant fruktlöst sökande förkortas. Genom en större allmän insikt i samhället om vad arbetsterapin kan erbjuda när det gäller frågan om livskvalitet – alldeles oberoende av vilken diagnos och vilken behandling som senare blir aktuell – så skulle mycken onödig oro kunna förbytas i hoppfullhet.

Redogörelse för samtalet i Fokusgrupp 3

Av Barbro Askenborg, Christina Bäckström, Kajsa Eklund, Libby Hammersley-Paulsson, Anna Hurtig, Mona-Lisa Högvide, Pia Klein, Elisabeth Larsson, Kim Mc Learnon, Gitte Mosgaard och Inger Petersson i brevväxling med Monica Hane och Bengt-Åke Wennberg.

I ett arbetsliv som bygger på att självständiga aktörer har mandat att själv ta ställning och prioritera sina insatser ställs krav på var och en att kunna argumentera för sitt val – också för valet att göra som man alltid gjort. Därmed ändrar också diskussionen om vad som är relevant kompetens sitt fokus. Termer som "social kompetens", "dynamisk kompetens", "kollektiv kompetens" är därför inte bara modeord. De är uttryck för att de gamla kompetensbegreppen inte räcker till för att beskriva den kunnighet som nu måste uppmärksammas.

I diskussioner om organiserandet förflyttar man sig idag mot "matriser" där man samtidigt upprätthåller en gemenskap både med ett tvärprofessionellt team i en specifik verksamhet och med sin yrkesgrupp. Fokus för verksamhetsutvecklingen har redan förflyttats från diskussioner om vilken organisationsstruktur som skall byggas upp för att åstadkomma en effektiv verksamhet till att se verksamheten som ett nätverk av professionella och självständigt handlande aktörer. Dessa förskjutningar skapar behov av nya institutioner och ger nya

förutsättningar för krav på kunskap och på kunskapsspridning.

Även om primärvården enligt regeringens direktiv kommer att förstärkas kommer resurserna ändå inte att räcka till de krav som kommer att föras fram. Vård och omsorg kommer att ställas inför samma dramatiska krav på effektivare användning av resurser som resten av arbetslivet. Alla måste också fråga sig: var gör vår insats mest nytta?

Den tekniska utvecklingen – mot elektronik och avancerad bioteknik – kommer att dramatiskt förändra vilka hjälpmedel som det blir möjligt att erbjuda. Vetenskapliga framsteg gör beprövade insatser förlegade – därför krävs kunskaper att ständigt också ta ställning till relevansen i sin egen insats.

Tidigare fokusgrupper i projektet betonade behovet av en språklig plattform för att integrera arbetsterapin bättre i verksamheten och komma till tals över yrkesgränser. De har också påtalat att uppdragen i primärvården sannolikt blir allt svårare; högre anspråk från patienterna men också vård av allt svårare sjuka utanför sjukhusen.

Det faktum att autonomi och aktivitet blivit centrala begrepp i hela vårdens strategiska utveckling ställer också nya krav på arbetsterapeuterna att fungera som utbildare och handledare. Önskan att öka verkningsgraden för olika insatser leder också till en efterfrågan på medverkan i interventioner på samhällsnivå.

Den snabba kunskapsutvecklingen inom det medicinska området driver fram en rad specialområden även för arbetsterapeuter. De flesta arbetsterapeuter i primärvården möter patienter från dessa specialområden och behöver kunna hålla sig ajour även om det rör sig om ganska få patienter från varje område. För att möjliggöra att vara en sådan generalist – dvs. att samtidigt kunna hålla både bredd och djup – behövs en kvalificerad kondensering av det arbetsterapeutiska kunskapsfältet.

Primärvården får redan idag alla typer av frågor från medborgarna. Man möter patienter som söker för allt från mycket allvarliga specifika sjukdomar till en mångfald av diffusa och sammanvävda symtom. Primärvården möter också alla de bekymmer som så småningom drabbar oss med stigande ålder. Vilken kunskap behöver man då?

Från denna utgångspunkt (ungefär) startade detta samtal. Det gjordes helt klart att gruppens uppgift främst var att belysa vilket behov av kunskapsutveckling och kunskaps-spridning som föreligger inom primärvården. Trots detta drev resonemangen ofta in i frågor om den yttre strukturen, det vill säga hur verksamheten borde organiseras och bemannas, frågor om resurstilldelning, det vill säga att problem skulle kunna lösas bättre genom att arbetsterapeuter hade mycket mer tid för olika uppgifter, och in i diskussioner om rekrytering och urval.

Urvalet av medarbetare är viktigt och personer med ett konstruktivt förhållningssätt till arbetet underlättar arbetet i team och arbetsgrupper. Ju fler medarbetare som uppvisar ”god vilja och stor ödmjukhet” desto bättre verksamhet.

Denna typ av analyser – som i många aspekter är helt korrekta – sätter ett frågetecken till om det är kunskapsutveckling och kunskapsspridning som är den centrala frågan. Man kanske istället i första hand skall satsa på andra strategier, exempelvis ett bättre urval av medarbetare, resursförstärkningar, omorganisationer etc.

Med hänsyn till de begränsningar som faktiskt finns i den situation man befinner sig i kan sådana lösningar vara realistiska. I en verksamhet där de små resurser man förfogar över måste användas synnerligen väl, och i en tid där det är svårt att hitta medarbetare över huvud taget i vissa yrkesgrupper, är det orimligt att tro att man skall få mer tid eller att man skall kunna ”välja och vraka” bland sökande.

Den typ av lösningar som fördes fram skulle kunna vara teman för ett kreativt utvecklingsarbete inom primärvården där man försöker omformulera de strukturella problemställningarna till problem som skulle kunna lösas genom konstruktiva utbildningssatsningar.⁴¹

Områden för bredare samverkan

En mera utvecklade samverkan mellan olika aktörer inom primärvården skulle därvid kunna vara en önskad och möjlig lösning för att öka verkningsgraden och utnyttja de befintliga resurserna väl.

Det gäller emellertid först att överge tanken på en horisontell arbetsdelning, det vill säga idén att samverkan innebär att man delar upp arbetet ”så att först gör du det sedan gör jag det andra” eller att man övertar olika uppgifter från varandra. En sådan uppdelning är i själva verket motsatsen till samverkan. Den utvecklade samverkan det här är fråga om bygger istället på en ökad kunskapspridning och kunskapsgenerering.

-
- 41 Resonemanget bygger på erfarenheten att en konstruktiv utbildningsverksamhet ofta behöver göra ett sådant ”omtänk”. Man får exempelvis ofta höra att orsaken till ett oönskat beteende är personlighetsfaktorer, värderingar och attityder. Lösningen blir då att försöka ändra dessa. Denna lösning blir i allmänhet orealistisk eftersom det visat sig att grundläggande psykologiska strukturer inte förändras nämnvärt genom vad som traditionellt kallas utbildning. De tolkningar som ligger under dessa ofta upprepade analyser kan emellertid ofta, om man förstår mekanismerna bakom, förstås i helt andra termer. Efter en sådan omtolkning kan man finna strategier där en utbildning trots allt kan få effekter på handlandet. Många handlingar, som exempelvis initialt tolkas som ett uttryck för en avvikande värdering kan visa sig bero på skillnader i hur man tror ”att det blir som det blir när man gör som man gör”. Sådana föreställningar (ofta kallade ”beliefs” i litteraturen) kan till skillnad från värderingar mycket väl påverkas genom information och reflektion.

Ett exempel på en sådan breddad samverkan med kunskaps-generering som grund är åtgärder för patienter med smärta. Sådana patienter träffar som regel både arbetsterapeut och sjukgymnast. Det gemensamma för båda yrkesgrupperna är att man fokuserar på de strategier patienten behöver använda för att kunna vara aktiv trots sin smärta.

Uppgiften som bägge grupperna ser framför sig är att föra över sådan kunskap om rörelse och aktivitet så att patienten kan omsätta dessa i sin egen verklighet. Man blir därmed mer av en coach än en behandlare. Man medverkar till att personerna själva bemästrar sina liv; jobbar med det de kan snarare än med det de inte kan osv.

Hur man påverkar en människas strategier för sin vardag skulle kunna tillämpas i arbetet med andra patientgrupper, exempelvis i situationer när patienten har besvär med minnet, med synen osv.

Inriktningen på ”strategier” för att bemästra olika svårigheter och handikapp skulle kunna vara ett exempel på ett specialområde inom primärvården som lämpar sig för arbetsterapeuter eftersom sådan kunskapsöverföring tar fasta på det som är gemensamt ur arbetsterapeutisk synpunkt, nämligen patientens friska sidor i stället för de sjuka.

De arbetsterapeutiska programmens funktion

Arbetar man inom primärvården möter man under en dag många vitt skilda problemställningar. En distriktsarbetsterapeut måste vara en mycket bred generalist och hålla sig ajour med många olika diagnosgrupper. Hon måste också känna till hur olika funktionshinder påverkar patientens aktivitetsförmåga och vilka olika aktuella arbetsterapeutiska interventioner som är lämpliga.

Samtidigt måste man gå på djupet med varje patients situation för att ge denne den hjälp den behöver utifrån dennes egna förutsättningar. Just för att man inom primärvården möter ganska få patienter med likartade problem kan det vara svårt att hålla sig ajour med kopplingen till den rent medicinska diagnosen.

Arbetsterapiprogram kan därvid ses som ett gott stöd i arbetsterapiprocessen och som ett instrument i kvalitetsarbetet⁴². Arbetsterapiprogram är en beskrivning av arbetsterapeutiska mål, åtgärder och förväntade resultat med

42 I FSAs kvalitetspolicy anges att grunden för en ständig förbättring av den arbetsterapeutiska verksamheten är att arbetsterapiprogram med mätbara mål skall finnas för de mest frekventa patientgrupperna inom verksamheten. Ett arbetsterapiprogram är en beskrivning av de åtgärder som ingår i utredning, intervention, utvärdering och samverkan för en grupp av patienter. Arbetsterapiprogram behövs för att patienten har rätt att få veta vilka alternativa åtgärder som finns och vilka resultat som kan förväntas. (Formuleringarna hämtade från FSAs hemsida – avsnittet om kvalitetsverktyg/arbetsterapiprogram).

utgångspunkt från en utvald målgrupps aktivitetsproblem, sett i relation till samhällets mål⁴³.

Det finns idag arbetsterapiprogram för några av de mest frekventa diagnosgrupperna men alla är fortfarande inte kända och förankrade ute i verksamheterna. I och genom dessa skulle arbetsterapeuter i primärvården kunna hämta stöd och snabbt uppdatera sitt kunnande.

Grundtanken med dessa program är att oavsett vilken arbetsterapeut som en patient möter inom just sin diagnostiska grupp så skall individen erbjudas en likvärdig vård och rehabilitering. I programmen anges också var man kan inhämta mer kunskap och vilken litteratur som man kan hänvisa andra berörda medarbetare till. Arbetsterapiprogrammen skulle alltså kunna vara ett viktigt instrument för kunskaps- och erfarenhetspridning mellan arbetsterapeuter inom primärvården och mellan primärvården, forskare och den slutna vården.⁴⁴

43 Formuleringen hämtat från ATP-processen från Jönköpings län, Inga-Britt Häger mfl.

44 Det förekommer till exempel bland arbetsterapeuter som arbetar med demensvård och utredningar ett nätverk där man via epost utbyter tips och idéer och ger adresser till olika länkar på internet. Ett motsvarande nätverk för andra områden inom primärvården skulle kunna komplettera programmen. (Sedan mars 2003 finns inom Fammi nätverk för arbetsterapeuter i primärvård.)

Det vore enligt vissa arbetsterapeuter värdefullt om arbetsterapeuter inom primärvården kunde enas om några så kallade "nationella program" för de mest frekventa diagnosgrupperna. Det skulle då vara lättare att ute i verksamheterna anpassa dem för den egna lokala verksamheten. Andra är mera tveksamma till nyttan av nationella program.

I ett arbetsterapiprogram beskrivs en arbetsterapeutisk process – det vill säga hur flödet av information sker i patientarbetet kring en specifik diagnosgrupp. Det är ett förslag på hur arbetet kan läggas upp; som ett stöd; som en struktur. Det innehåller checklistor och material för självskattning.

"Checklistor" skall inte förväxlas med instruktioner. Checklistor är avsedda att vara ett stöd för minnet till just de erfarna arbetsterapeuterna. De är inte automatiserade recept som skulle kunna följas av en novis eller vem som helst. Naturligtvis måste en arbetsterapeut alltid vara lyhörd för varje individs specifika vilja, vanor, förutsättningar och behov. I arbetsterapiprogrammen är det inlagt olika tänkbara "vägar" eller aktiviteter beroende på vilket problem/diagnosgrupp som programmet skrivs för. Det föreslagna flödet av aktiviteter måste ständigt diskuteras och regelbundet revideras i enlighet med de svårigheter man möter och de utvärderingar av patientens framsteg som görs.

Varje på förhand bestämd strukturering av aktiviteter innebär emellertid att man riskerar att inte uppmärksamma den information som ligger i att kunna observera patientens helt

fria val⁴⁵. En alltför strikt tillämpning av program innebär att arbetsterapeuten riskerar att bara dra slutsatser av patientens reaktioner inom de på förhand bestämda programstegen. Relevansen och innebörden i denna begränsning borde diskuteras mer i anslutning till utvecklingen och i fortbildningen kring de olika programmen. Sådana program skulle då kunna vara av än större värde för arbetsterapeuter i primärvården.

I de flesta program ingår också olika typer av självskattningar där patienten får beskriva sin situation, sina förhoppningar och sina upplevda begränsningar. Trots att det rör sig om självskattningar är det ändå tydligt att dessa instrument utgår från ”expertens strukturering” av vad som är relevant att ta ställning till och från det behov av information som arbetsterapin som profession kräver. Frågorna ställs i arbetsterapins språk.

Många patienter säger därför att det kan vara ovant att få sådana frågor och att det är svårt att svara på dem. Om det är så kan man fundera över värdet av svaren i den specifika situation som en arbetsterapeut i primärvården ställs inför. En fråga kring programmen är därför hur de skulle se ut om de i högre grad utgick från patienters sätt att berätta om

45 Varje mänsklig handling är unik och har drag av obestämdhet, som gör att den inte helt kan styras och förbestämmas. Det ligger i arbetsterapeutens yrkeskunnande att observera och dra nytta av den intention som visar sig i det fria valet.

sin vardag. Vilka frågor skulle då vara relevanta att börja dialogen med?

För att man i primärvården skall kunna möta varje enskild patient och patientgrupp korrekt skulle det således behövas ett underlag där man också kunde använda och tolka patientens "fria val". Det finns uppfattningar att unga och äldre har helt olika fokus för vad som är viktigast för livskvaliteten. Unga förefaller att betona "hälsa" i de sammanhang där äldre i stället väljer att tala om "bemötandet".

Varje form av "checklista" eller frågeformulär har också en undertext – ett budskap om hur man betraktar patienten. En större observans på hur detta påverkar patientens självbild skulle vara önskvärt. Detta är särskilt viktigt i korta möten som det kan vara fråga om i primärvården där man snabbt måste skapa ett partnerskap kring insatserna. Det faktum att det tydligt handlar om självskattning eller formulär som patienten själv fyller i medför inte att man kringgår detta problem.

Samverkan också utanför den egna enheten

En större öppenhet och utbyte över enhetsgränser kring praktikens frågor skulle vara bra för att bryta den isolering som kan drabba den arbetsterapeut som saknar yrkeskolleger i sin verksamhet. Många känner också behov av kolleger som kan hjälpas åt att "hålla koll på utvecklingen".

En mera utvecklad samverkan även med andra samhällsaktörer skulle också behövas – alltså samverkan med FK, AF, FHV osv. – för att de politiska intentioner som nu finns om satsningar på hälsofrämjande och förebyggande skulle kunna få genomslag.

Arbetsterapeuter är som regel mycket stolta över sin yrkeskompetens och dess användbarhet på en mängd områden i dagens samhälle. Den arbetsterapeutiska kunskapen är väl värd att spridas också till andra yrkesgrupper och verksamhetsområden. Det finns dock också en oro över att göra sig synlig genom att ständigt ha synpunkter. Man kan lätt få etiketten: ”Pretentiösa arbetsterapeuter som alltid måste veta allt”. Samtidigt är det svårt att låta bli när man ser möjligheter som inte utnyttjas. Många konkreta exempel på misstag i primärvården skulle säkert inte inträffa om de berörda aktörerna runt en patient uppfattat situationen också ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv.

Det finns många tillfällen där arbetsterapeuter borde ingå som lärare i olika grundutbildningar för att andra yrkeskategorier skulle kunna dra nytta av arbetsterapi. Inte minst läkare skulle för framtiden behöva ha mer kunskap om rehabilitering och om aktivitetens betydelse för hälsa i sin grundexamen.

Samtidigt är det kanske en risk att man som arbetsterapeut blir ”enögd” – det vill säga mest tänker i termer av att andra yrkesgrupper skall ta till sig arbetsterapeutisk kunskap.

Självklart gäller förstås också att man som arbetsterapeut har nytta av att ta till sig andra gruppers kunskap. Det kan dock vara svårt att själv se och formulera när man skulle ha nytta av en annan yrkesgrupps kunnande. Fler gemensamma utbildningar för olika yrkesgrupper skulle underlätta att kunskaper från ett fält kunde integreras i andra fält⁴⁶.

Om arbetsterapeutiska kunskaper användes mer systematiskt i det praktiska arbetet inom primärvården skulle patienten få en bättre rehabilitering och en större chans att bli mer självständig och också efterfråga mindre sjukvård på sikt. Detta känns som ett faktum. En sådan kunskap försöker man sprida i dag.

Det är möjligt att arbetsterapeuters kraftfulla fokusering på att sprida sin kunskap till andra grupper kan ha sin grund i en frustration över det motstånd mot att integrera arbetsterapeutisk kunskap i verksamheten som många tycker sig ha mött. Samtidigt finns det också bland arbetsterapeuter erfarenheter av att deras kunskap mottagits med öppna armar.

Ett sätt att sprida kunskapen över yrkesgränserna, och på sikt påverka praxis, är att under en tid få ”gå bredvid” de övriga yrkeskategorierna och på så sätt se helheten i verk-

46 Detta tillämpas redan inom många områden. Handledare inom grundutbildningen går samma kurser oberoende av disciplin och handleder också varandras studenter.

samheten⁴⁷. Erfarenheterna från detta sätt att introducera nya medarbetare är goda och borde i sina grundläggande principer kunna överföras till andra former av fortbildning.

En utveckling mot nya specialteam

Fokusgruppen bestod av arbetsterapeuter med i princip två helt olika arbetssituationer. Några arbetade som breda generalister medan andra var integrerade i team som hade fördjupat sig på behandling, utbildning och utveckling inom vissa av arbetsterapiens tillämpningsområden.

Genom sammansättningen i gruppen fördes det in två olika och skilda utvecklingslinjer för primärvården. Det kan vara så att dessa olika utvecklingstendenser får olika genomslag beroende på om man arbetar i landsorten eller i storstäderna. Det kan också vara så att dessa två linjer kommer att existera parallellt i alla regioner där man har råd med detta.

En utveckling går således mot att arbetsterapeuter i primärvården måste vara mer av generalister med både stor bredd och tillräckligt djup. En annan utveckling går mot att arbets-

47 Den stora variationen mellan hur olika enheter fungerar och hur personalsituationen ser ut innebär mycket skiftande förutsättningar för gemensamma utbildningar och för teamsamverkan. En stor källa till variationen står att finna i hur respektive verksamhetschef ser på primärvårdens ansvar; om den skall vara en föränderlig och proaktiv resurs i samhällets hälsopolitik eller om den skall nöja sig med att ”jobba undan” väntelistorna.

terapeuter ingår i mycket specialiserade team, exempelvis enheter för palliativ vård, stödgrupp för minneshandikappade, stroke-rehabiliteringsteam, syncentraler, utredningsteam etc.

I Bilaga 1 görs en närmare beskrivning av de olika specialteam som fanns representerade i den här fokusgruppen. Vi förutsätter att det finns andra specialteam på andra områden som också skulle behöva inkluderas i en fullständig beskrivning av nya och viktiga områden inom primärvårdens arbetsfält.

Kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom primärvården kan komma att bestämmas av vilken balans mellan dessa två utvecklingslinjer som etableras.

Avancerad sjukvård i hemmet

Ett exempel på en trolig utveckling mot en mera avancerad sjukvård i hemmen är kraven på god palliativ vård i hemmet. Den statliga kommittén ”om vård i livets slutskede” föreslår i sitt delbetänkande att ”alla patienter i livets slutskede skall tillförsäkras en palliativ vård på lika villkor i hela landet”. Man måste därvid sluta se behovet som att ”någon behöver vård och en säng”.

Många föreställer sig att det i detta skede inte behövs arbetsterapeutisk kompetens eftersom patienten inte skall

rehabiliteras. Den praktiska erfarenheten är emellertid precis tvärtom. De arbetsterapeutiska insatserna har en mycket central roll och den palliativa vården kan sägas vara en ”omvänd rehabilitering”.

Interventionerna syftar till att spara patientens energi till de aktiviteter som denne finner särskilt viktiga att orka genomföra. De patienter som berörs av den palliativa vården är inte – som så många tror idag – bara cancerpatienter utan det kan handla om hjärtsjukdom, MS och många andra sjukdomar.

Mera rehabilitering i hemmen

Ett exempel på att allt mer rehabilitering kommer att ske i hemmet är rehabilitering av strokepatienter. Ett stroketeam vänder sig till nyinsjuknade personer i alla åldrar som har skrivits ut från sjukhuset. Syftet är att hjälpa patient och närstående att bemästra den nya situationen, få till stånd en ny fungerande vardag och fritid samt att patienten ska återfå självförtroende och uppnå självständighet så långt det är möjligt.

Insatserna/behandlingen ges främst i patientens hem- och närmiljö. Vidare innebär arbetet ett nära samarbete med närstående, biståndshandläggare, hemtjänst, personliga assistenter, intresseorganisationer t ex Röda Korset, Afa-siföreningen, Strokeförbundet. Till teamets uppgifter kan

också höra att fysiskt följa patienten över den psykologiska tröskel som kan finnas när man skall återknyta kontakter med olika fritidssysselsättningar.

Arbets sättet har mycket gemensamt med hur man måste hantera också andra patientgrupper inom primärvården. Det finns en uppfattning att sådana team har fungerat mycket väl så länge de ses som en förlängning av den slutna vården men att det varit svårare när teamen skulle integreras inom primärvården.

En förklaring till detta kan finnas i att en framgångsrik rehabilitering av stroke-patienter, liksom är fallet även vid andra arbetsterapeutiska insatser, förutsätter en samverkan mellan teamet inom primärvården och kommunens medarbetare. Detta är en samverkan som på sina håll ännu inte fungerar. Ibland saknas också vid vårdcentralen läkare med relevant inriktning på rehabiliteringsmedicin. Ibland lägger kommunen hela ansvaret för all rehabilitering på landstingets primärvård varvid kommunens personal inte involveras.

Alla som arbetar i Strokegruppen har goda kunskaper om strokerehabilitering. Det huvudsakliga uppdraget är den så kallade löpande operativa patientnära primärvårdsverksamheten med inriktning på nyinsjuknade strokedrabbade personer. Verksamheten får dessutom ofta frågor av konsultativ karaktär liksom uppdrag att hålla föreläsningar i olika sammanhang och ta emot studiebesök.

Stödgrupper för olika handikapp

Ett exempel på stödgrupp för olika handikapp är stödgrupper för minneshandikappade. Personer med demens har förstås detta handikapp. Man vill emellertid undvika termen demens, eftersom den utesluter tanken på alla andra orsaker till minnesproblem⁴⁸. Att kalla verksamheten för stödgrupp för minneshandikappade blir då ett alternativ. Också detta är ett kunskapsområde som alla arbetsterapeuter inom primärvården har användning av eftersom många gamla lider av dessa problem.

Tanken bakom stödgruppen är att en lokal samverkansmodell för tidiga utredningar skulle medföra bättre möjligheter för vårdgivarna att få en helhetsbild av patienterna och deras eventuella anhöriga. Detta skulle i sin tur kunna förebygga onödigt lidande för de drabbade och för vårdgivarna undvika dubbelarbete, såsom bromsmediciner skulle kunna förskrivas i högre grad och ge patient och anhöriga en högre livskvalitet och möjlighet att bo kvar i hemmet längre.

Den tidiga kontakten med stödgruppen underlättar för behövande att ringa efter hjälp och underlättar också insatserna från stödgruppen som regelbundet kontaktar och stöder de drabbade under hela sjukdomstiden. Kunskaperna om min-

48 Primärvården har i många landsting också ansvar för personer med förståndshandikapp. Dessa personer får inte alltid det stöd de skulle behöva och arbetsterapeuter saknar i stor utsträckning kunskap om den typen av handikapp.

nestekniska hjälpmedel är för närvarande bristfällig hos det stora flertalet som arbetar i vården och hos anhöriga.

Hälsofrämjande aktiviteter

Ett exempel på hälsofrämjande aktiviteter är sådana aktiviteter som möjliggör för personer med nedsatta sinnesfunktioner att utveckla strategier för att klara vardagen. Program med denna inriktning har utvecklats som ett komplement till syncentralernas arbete att med glasögon och optiska hjälpmedel kompensera brister i synfunktionen. Man utgår därvid från att utnyttjandet av optiska hjälpmedel bara är en av många strategier för att lösa vardagsproblem med synen.

Nya typer av utredningsarbete

Ett område som expanderar kraftigt är olika slag av utredningar som skall ligga till grund för olika typer av beslut om ersättningar och bistånd. Ett exempel på sådant utredningsarbete är uppkomsten av de team som i vissa landsting specialiserat sig på att göra olika försäkringsmedicinska utredningar som underlag för försäkringskassans olika ställningstaganden. Också här finns det anledning att tro att kunskaper från dessa team är viktiga att sprida till primärvårdens personal.

Om den pedagogiska formen för kunskapsspridning⁴⁹

Den typ av kunskap som behöver förmedlas sprids bäst genom möten och samtal om praktikens frågor – gärna direkt i anslutning till arbetet med en patient. Det krävs därför en ny sorts kompetens för att ha legitimitet att bjuda in till ett sådant samtal över existerande yrkesgränser. Det är här knappast en fråga om traditionell pedagogik – utan om en trovärdighet som bygger på att man vid det aktuella tillfället har ”tillräckligt bra på fötterna” för att kunna göra ett konstruktivt inspel och kan komma till tals med de andra.

Den pedagogiska utgångspunkten för att ”komma till tals” – så att de man talar med verkligen ”också ser det som finns att se i situationen” och väljer att handla annorlunda än tidigare – är klart mera problematisk än att enbart få någon att lyssna och lära sig att upprepa det man pratat om. För att skapa en sådan insikt gäller det verkligen att kunna uttrycka det man vet utan pekpinnar. Behovet att utveckla konsten att medverka i ett skeende så att andra handlar allt klokare och kan argumentera väl för sitt val är en stor utmaning och finns inom många sektorer i samhället.

Detta leder in i frågan om arbetsterapeuten som lärare och utvecklare. Arbetsterapeuter är exempelvis ofta anställda för

49 Fammis arbete att utveckla både FQ-grupper och Audit bygger på en pedagogisk form med på möten och samtal.

att utbilda personalen i ”rehabiliterande förhållningssätt”. Åsikten man möter är att alla behöver lära sig ett konstruktivt bemötande av patienten/klienten. Erfarenheten visar dock att vidareutbildningar med detta breda fokus måste vara synnerligen omfattande för att man skall kunna observera några effekter i beteendet.

Man måste då fråga sig: Är det verkligen möjligt att utbilda fram ett förhållningssätt utan att berörda personalkategorier också har förvärvat ett brett baskunnande?⁵⁰ Det finns dock många framgångsrika exempel – som exempelvis utbildning av så kallade rehab-ombud – som man skulle kunna studera och lära sig från.

Det blir lätt konflikter när pengarna tryter och alla måste vara beredda att motivera sina val och sitt handlande – detta gäller även den arbetsterapeutiska bedömningen. Sådana situationer kan förutses bli frekventa inom primärvården. Det skulle behövas en ny sorts kunskap för att då komma till tals med andra personer och yrkesgrupper och för att kunna överbygga de konflikter som kan uppstå.

I arbetsterapeutens uppdrag ingår att göra utredningar – till exempel om arbetsförmågan i hemmet. Uppdragsgivaren är då inte patienten utan exempelvis en biståndshandläggare

50 Arbetsterapeuter ser ett behov av att förlänga grundutbildningen för undersköterskor och att den måste inkludera betydligt mer rehabiliteringskunskap än idag. Dessa skulle efter en sådan komplettering kunna bidra till en väsentlig kvalitetshöjning inom vård och omsorg.

som behöver ett underlag för sin bedömning. Det är viktigt att behålla sin professionella position även om utredningens resultat strider mot berörda personers uppfattningar och önskemål.

Många av dessa utredningar bygger på en kunskap om förhållanden och utvägar som inte är allmänt kända och som borde spridas till fler. Om denna kunskap blev mer accepterad skulle man kanske kunna undanröja framtida missförstånd och konflikter i frågor om bistånd.

För att hantera primärvårdens växande kostnader är det också viktigt att genom bättre information och utbildning komma till rätta med en slentrianmässig begäran om förskrivning av hjälpmedel där den förekommer⁵¹.

Det är viktigt att uppmärksamma att hjälpmedel inte skall ses som enskilda problemlösare, utan ingå i en vidare problemlösningsmodell tillsammans med andra strategier. Med den pressade tiden man har till varje enskild person, går det fortare att prova ut hjälpmedel än att förmedla eventuellt annat sätt att utföra aktiviteten. Kompetensen att stärka personerna i tron på att de kan lösa många problem själva i stället för att förlita sig på teknologin används dåligt.

51 Hjälpmedel tenderar att blir allt mer tekniskt komplexa och kräver allt mera individualiserad anpassning till respektive patient. Allt detta kräver att primärvårdens arbetsterapeuter har möjlighet att genom kontinuerlig fortbildning hålla sig ajour om utvecklingen.

Tankar om hur kunnande växer till

Hur ökar man då kunskandet bland andra yrkeskategorier om betydelsen och innebörden i arbetsterapeutiska aktiviteter, utöver att satsa på gemensamma yrkesgränsöverskridande utbildningar? Hur utvecklar man ett kollektivt kunskande i de team man tänker sig inom primärvården?

Det arbetsterapeutiska kunskandet, som andra kategorier inom primärvården kan dra nytta av, förmedlas genom en aktiv tillämpning och genom samverkan i vardagsarbetet. Idag är det istället ofta så att man i många sammanhang "lyssnar sig" igenom en kurs och står sedan helt handfallen när det gäller. Hur utvecklar man en sådan handfallenhet? Det är troligt att samma svårigheter som arbetsterapeuter upplever när det gäller att erbjuda sitt vetande till andra grupper också upplevs av alla övriga personalkategorier.

Det finns bland arbetsterapeuter goda erfarenheter av att därvid använda det tvärprofessionella teamet som en form för fortbildning. Teamet bör därför inte bara ses som en arbetsform utan också en princip för den kunskapsutveckling som behövs i primärvården. Själva kunskapsgenereringen med hjälp av ett team kan mycket väl fungera även om man som enskild person ingår i många olika team och även om deltagarna i ett team ständigt är nya och ofta byts ut.

Det man skall lära sig lär man sig genom mångfalden i teamet och utifrån det praktiska arbetet. Samtidigt kräver

all sådan samverkan en stark egen identitet för att samarbetet inte skall kännas hotande och för att utvecklingen skall bli konstruktiv. Vid sidan av att utnyttja team som utvecklingsinstrument borde man därför komplettera insatserna med olika former av mentorskap. Modeller för detta borde studeras mera i detalj.

För att klara att medverka i denna ständigt föränderliga gemenskap måste man också som arbetsterapeut bottna riktigt stabilt i sina egna arbetsterapeutiska program. Dessa måste sedan kunna transponeras (= överföras i annan tonart) till teamets gemensamma verksamhet. Man måste som kollektiv kunna utveckla och behålla en stabil verksamhet trots att enskilda medarbetare kommer och går och trots att de läkare, som har det medicinska ansvaret, kan ha synnerligen olika kompetens och erfarenhetsgrund. Som tidigare nämnts skulle därvid nationella väl analyserade program ge större säkerhet och stabilitet. Goda sådana program skulle lättare kunna omformas till robusta verksamhetsprogram för hela teamets arbete.

Generalister behöver kunna hämta ”spetskompetens” kring de arbetsterapeutiska grundfrågorna. Den snabba utvecklingen aktualiserar tanken på specialisering. Den specialisering som åstadkommes i de team som samordnar sig kring patienter med en viss medicinsk diagnos innebär emellertid ingen reduktion av det arbetsterapeutiska kunskapskravet för de flesta arbetsterapeuter i primärvården. Behovet att vara både djup och bred inom sitt kompetensområde kvar-

står. För att kunna vara generalist behöver man emellertid ha ett nätverk av specialister till vilka man kan vända sig när man behöver. Dessa specialistcentra skall veta ”senaste nytt” och kunna erbjuda svar också på alla de frågor som man möter i verksamheten i den allmänna primärvården⁵².

Kanske finns det då, om man ser det ur primärvårdens perspektiv, en mera relevant indelning för behovet av specialister och specialiteter än den som återspeglas i förbundets uppdelning i utskott? Kanske vore det istället mera relevant med en indelning i områden som:

- Smärta
- Stress
- Psykosomatik som ”inträdesbiljett” i vården
- Långtidssjuka
- Livslånga sjukdomar som t.ex col. stroke, diabetes, neurologiska sjukdomar
- Äldrekunskap
- Unga-unga med psykosomatiska besvär
- Svårt sjuka som bor hemma
- Sammanhangkunskap
- Strategikunskap – dvs strategier att leva trots
- Friskfaktorteori

52 På en normal vårdcentral finns inte utrymme för en specialisering så att tillgängliga arbetsterapeuter skulle kunna täcka de olika områden som blir aktuella.

- Hälsofrämjarkunnande
- Hur man bygger ett tillgängligt all-aktivitetshus för gemenskapande verksamhet

I vissa av de specialteam som förekommer inom primärvården har man dessutom som arbetsterapeut behov av fördjupad kunskap av typ ”neuropsykologisk kunskap; kognitiv rehabilitering” – alltså kunskap som är specifikt relevant för den patientgrupp man arbetar med. Möjligen skulle den kognitiva psykologin också kunna vara till generell nytta för alla arbetsterapeuter för att bättre förstå varför patienter väljer som dom väljer när dom väljer själva.

Tanken på specialteam inom primärvården har många konstruktiva förtecken. Den avgränsar ”systemet” och kompetensområdet som annars tenderar att bli oändligt. Man lägger genom teamen fokus på att man skall vårdas hemma och lokalt för att känna sig trygg. Inriktningen visar också på värdet av att primärvården utnyttjar det lokala sociala nätverket som en resurs i vården. I förlängningen av tanken med specialistteam ligger också kravet på att uppvärdera hemtjänstens personal så att det nätverk som finns runt varje patient skulle kunna erbjuda en allt kompetentare omsorg⁵³.

53 Inom flera landsting satsar man idag på utvecklingsansvariga eller samordnande arbetsterapeuter inom primärvården. De kan ha till uppgift att samla specialkompetens inom ett område eller att ha översyn över viktiga områden att satsa på – en uppgift som man inte kan ha underlag för på den enskilda vårdcentralen.

Exempel på önskade initiativ till kunskapsutvecklingsprojekt

Vi avslutade samtalet med att sammanfatta ett antal områden där arbetsterapeuter inom primärvården skulle välkomna initiativ till utvecklingsprojekt. Som exempel nämndes:

- Om olika kulturers sätt att tänka kring frågor med relevans för bemötande.
- Kunskap om vilka nya frågor som aktualiseras genom gränsöverskridande samverkan och nätverk – alltså ett första steg mot utvecklandet av ”samarverkanskunnandekurser”.
- Kunskap om svårigheter och möjligheter vid sambruk av resurser.
- Skillnader som måste uppmärksammas mellan traditionella interventioner och hälsofrämjande – liksom den faktiska innebörden i övergången från Vårdcentraler till Hälsocentraler.
- Uppmärksamma de specifika kunskapsbehoven hos dessa olika special-team.
- Specialbevakning och spridning av alla de utredningar och annat som görs av Kommunförbundet och Landstingsförbundet.

- Utforska ekonomismens begränsningar – och möjliga alternativ i stil med ”skolpeng”.
- Översyn av högskolornas utbud för vidareutbildning.
- Ett särskilt primärvårdutskott inom FSA (bildades våren 2003).

Alla som arbetar i primärvården möter ofta svårt sjuka personer och personer med livslånga funktionshinder. Arbetet i sig är ofta ensamt. Det finns därför ett stort behov av professionell handledning i grupp det vill säga av psykoterapeut eller liknande. En sådan handledning är självfallet också kompetenshöjande.

Avslutningsvis

Den avslutande diskussionen kom att beröra två teman. Det första temat utgick från konstaterandet att samtalet – trots en gemensam ambition att belysa kompetensfrågor – gärna drev in i frågor om hur ”olika penga-påsar” försvårade samarbetet och gjorde insatserna både svårare och mindre effektiva än de skulle behöva vara.

Det största samverkansproblemet hänger samman med de gränser som ställs upp på grund av vem som skall betala för

insatsen – snarare än med olikheter vad avser kulturer och språk mellan olika yrkesgrupper och institutioner.

Det andra temat handlade om grundutbildningen och dess vidare koppling till fortbildning.

Fortbildningen försvåras av att grundutbildningen inte är upplagd som vården idag fungerar. Idag ser vi primärvården som förstahandsvalet och basen i hela hälso- och sjukvården. Studenternas första kontakt med arbetsterapi i praktiken är fortfarande i de allra flesta fall på sjukhusen. Det vore rimligare att alla studenter började sin kliniska praktik i primärvården för att där möta individer i deras hemmiljö⁵⁴.

De skulle därmed få en större förståelse för vad man som arbetsterapeut senare inne på sjukhuset skall träna och vilken miljö man skall rehabilitera patienten tillbaka till. De skulle förstå vikten av att ta reda på vem individen är i sin vana hemmiljö, vikten av att ta reda på hur individens hemmiljö ser ut och vad personen vill och har behov av att kunna klara i vardagslivet. I dag är ordningen tvärt om – om studenter överhuvudtaget kommer ut på klinisk praktik i primärvård.

På motsvarande sätt skulle fortbildningen behöva diskuteras i termer av vad som kommer att bli relevant inom en viss

54 Förändringen prövas nu på vissa utbildningar.

verksamhetsgren och hur denna kompetensförstärkning skall åstadkommas. Det finns i dag en risk att fortbildningen blir både slentrian och lite slumpmässig. Lusten att gå en kurs måste stämma med chefens intresse att betala och denna kombination inträffar inte alltid när behovet är som mest aktuellt. Fortbildning måste vara verksamhetsrelevant och utgå från den förbättrade möjligheten att uppnå verksamhetens mål.

AVSNITT 5

Reflektioner

Arbetsterapeuten Anne G Fisher har i en artikel i *American Journal of Occupational Therapy* (Fisher 1998) formulerat en inriktning för arbetsterapi som vi återfinner som ett centralt tema också i de tre berättelserna. Fisher visar – så som vi nämnde i Avsnitt 2 – att arbetsterapi nästan sedan begynnelsen tagit utgångspunkt i människan som en aktör, det vill säga en meningsskapande, medveten, kunskapsbildande, intentionell, handlande, ansvarig och social varelse. Denna långa benämning är inte hämtad från Fisher. Den är hämtad från det som inom forskningen kallas ett aktörsteoretiskt perspektiv.

Aktörsperspektivet har alltså en lång historia även utanför arbetsterapi och har i en modern version formulerats bland annat av Arbnor och Bjerke (1994). Aktörsperspektivet leder in i vad som brukar betecknas som handlingsteorier och deras koppling till kunskapsbildning och lärande. Beskrivningar och försök med nya utbildningsformer byggda på dessa utgångspunkter förekommer – som vi nämnde i Avsnitt 2 – i en mängd aktuella arbeten.

Att ta aktörsperspektivet på allvar leder fram till en omfattande omvärdering av existerande paradig och resonemang på samhällets alla områden. Ett exempel är det som ofta kallas patientorientering inom vården och som är något mycket djupare än att patienten skall vara nöjd och slippa stå i kö (Hane och Wennberg 2003). Vad som vi funnit intressant med Fishers ansats är att hon i sin artikel pekar på betydelsen av att också arbetsterapi nu tvingas ta ansvar för sitt paradigm och börja färden in i detta nya område.

Utvecklingen går fort. Man kan därför som yrkesgrupp inte längre luta sig mot förvissningen att man har ett unikt paradigm. Vi tolkar Fisher så att hon menar att denna ansats nu också måste återspegla sig i konkret praktiska åtgärder och en delvis annorlunda arbetsterapeutisk praxis. Vi tycker för vår del att det är beundransvärt att formuleringen av arbetsterapiens paradigm varit så framsynt. Vi kan emellertid också konstatera att mycket arbete återstår om man skall profilera professionen i en värld där en mängd andra professioner numera accepterar samma grundantaganden om människans natur.

En gemensam tanke för alla som bygger sina resonemang på aktörs- och handlingsperspektiven är att man söker förstå människan genom att uppmärksamma hur hon formar sin värld när hon väljer "fritt". Det kan vara genom ett direkt görande men det kan också vara genom språket i form av berättelser. Fisher hänvisar till just detta i sin artikel. Hon menar att en utomstående observatör kan ta ställning till om

den ”form” som patienten skapar i samspelet med omvärlden är konstruktiv och utvecklande eller destruktiv och blockerande.

Fishers använder i sin artikel en patient – Jim – för att illustrera skillnaden mellan ett behandlingstänkande och ett aktörstänkande. Jim är 28 år och har råkat ut för en hjärnskada. Han hade stora svårigheter att finna tillfredsställande aktiviteter. Fisher konstaterar att man, om man skall vara trogen det arbetsterapeutiska paradigmet, inte skall se sin uppgift som att försöka öva upp eller träna Jim. En sådan idé bygger på tanken att någon annan än Jim kan föreskriva och fastställa vilken form Jims aktiviteter skall ta sig för att han skall få hög livskvalitet.

Den verksamhetsform Jim behöver, skall ta plats i och skall leva med måste istället växa till och utvecklas genom hans egna initiativ och ambitioner. Utvecklandet av denna form är ett samarbete mellan patient, omvärld och arbetsterapeut. Fishers insatser består av interventioner som är avsedda att stödja denna utveckling. I detta avseende följer hon traditioner inom den humanistiska vetenskapen, som går långt tillbaka i tiden. Det låter enkelt men det är svårt.

Principen med att ”ta sig ett utrymme” tillämpas också i denna studie. Först genom att höra hur arbetsterapeuter fritt beskriver och formulerar sin upplevelse av sitt arbete i primärvården synliggörs de grundläggande antaganden, som leder till att man formulerar problemen så som man gör.

Först med dessa antaganden som utgångspunkt kan man starta det partnerskap, som kan leda till en kunskapsgenereering, som kan lösa upp problemen.

Vi anser att fokusberättelser alltid talar för sig själva. De skall läsas i original. De behöver varken tolkas, systematiseras, sammanställas eller återrefereras. Vad som står där är ett faktum. Alla kan således – efter att ha läst referaten – fundera över vad som kan göras och hur man gemensamt bör gå till väga för att forma en framtida primärvård.

En liknande utmaning har arbetsterapeuterna i FSA. Hur skall arbetsterapeuter forma sitt förbund och sina kompetensutvecklingsaktiviteter för att i framtiden passa in i den framtida primärvården? I detta avsnitt redovisar vi vad vi noterat när vi själva läst berättelserna med ”pennan i hand” – så som vi hoppas att också andra skall göra.

Primärvården – från fragmentering till socialt kapital

Ett tema som återkommer i referaten och som var framträdande under samtalen var problemet med de olika ”kassor” som skulle betala för olika steg i patientens rehabilitering. Man ansåg att det snarare var den ekonomiska strukturen som skapade samarbetsproblem än de människor man skulle samarbeta med. Vi tror att denna problemformulering leder tanken vilse. Det spelar antagligen ingen roll hur man

delar upp verksamheten i olika ekonomiska enheter och redovisningsmodeller. De problem som arbetsterapeuterna beskriver kommer bara att återskapas i varje ny struktur – om inte problemen kan ses och beskrivas från en annan utgångspunkt.

Vi skall här redogöra för ett begrepp som kanske kan vara en hjälp på vägen att förstå naturen av just detta problem – nämligen begreppet socialt kapital (Rothstein 2003).

De nu gällande ekonomiska strukturerna förutsätter att det är normalt att främja egennyttan framför den gemensamma nyttan. Rothstein menar att ett sådant beteende medför att det han kallar för den sociala fällan slår igen. Det behöver således inte vara strukturen i sig utan hur man förhåller sig till den som kan skapa de problem som redovisas i samtalen. Rothstein illustrerar sitt resonemang med principen om en allmänning.

En allmänning kan inte fungera utan det Rothstein betecknar som socialt kapital. Om människor missbrukar allmänningen och inte bidrar till att sköta den så leder detta till att det är meningslöst att bry sig om den. Ju fler som missbrukar eller struntar i allmänningen desto mindre värde har den som allmänning. Till slut upphör den helt och blir bara en plats där man skräpar ned. Ju fler som respekterar platsen som allmänning och tar ansvar för den desto större värde får den för alla. Den får ett stort socialt kapital.

Begreppet socialt kapital är lämpligt eftersom det är uppenbart att personer som inte ingår i den sociala gemenskapen knappast kan förstå betydelsen av den allmänning det är fråga om. Dess värde är något de måste lära sig. Det sociala kapitalet uppstår således genom en typ av socialiseringsprocess. Men det är också en kunskapsbildningsprocess. Det sociala kapitalet upprätthålles genom att man förstår värdet av den gemensamma institutionen och hur den skall brukas och vårdas för att den skall kunna fortsätta att vara till nytta för många.

Den typ av handlingar som leder till framväxten av ett socialt kapital är naturliga för människan. Människan är en social varelse som inte skulle klara sig utan andra människor. Det är därför en naturlig drivkraft att försöka handla så att man inte bara uppnår egna mål utan också bidrar till att andra uppnår sina och att värna om gemensamma värden. Man kan i varje situation välja handlingslinjer. Samarbete innebär att man väljer en linje som också stödjer andras ambitioner och det gemensamma bästa. Samarbeta kan man i denna mening göra alldeles själv.

Poängen med att se människan som en aktör är att inse att man själv och andra alltid väljer. Detta innebär att vi alla kan välja att samarbeta eller att inte samarbeta. Valet är inte självklart. Att välja att samarbeta är inte alltid konstruktivt. Samarbete kan exempelvis vara fruktlöst och innebära slöseri med begränsade resurser om andra inte ställer upp på de principer man själv försöker följa. Samar-

bete kan vara farligt om man bidrar till framgång för sådant man ogillar och ser som destruktivt. Samarbete efter olämpliga normer kan innebära att man offerar sig själv och blir till föga nytta i framtiden. För att välja att samarbeta krävs det vissa förutsättningar och vissa kunskaper. Det krävs också ett socialt kapital. Rothstein påpekar i detta sammanhang att samarbete bygger på tillit. Denna tillit kan man bara utveckla genom att pröva på att samarbeta och se vad som händer.

Ett exempel på ett sådant samarbete är att stå i en kö. När man finner att andra ”ställer sig i kön” blir det rimligt att själv stå i den. Om man sedan finner att denna princip är framgångsrik så förstärks det sociala kapitalet för principen ”köandet”. Om man skulle finna att köandet medför att de flesta andra tränger sig före och man själv blir utan det man står i kö för, så förlorar köandets princip i trovärdighet just i denna sociala kontext.

Lösningen, att stå i kö, kan fortfarande fungera på andra platser och med andra människor. Lösningen i sig är inte olämplig eller dålig, men den fungerar inte om och när det sociala kapitalet saknas.

Samarbete kräver därför en förmåga att skilja mellan vad man kan lita på och vad man inte kan lita på. Denna förmåga kan man aldrig skaffa sig om man aldrig provar på att samarbeta. Förtroendet och det sociala kapitalet kan aldrig uppstå om det inte provas. Det är därför som en ekonomisk

teori som hedrar egennyttan framför samarbete är så farlig. Om den för samarbetet destruktiva egennyttan inte konfronteras, så kan vi aldrig gemensamt lära oss när samarbete måste till och när det skall förkastas. Vi riskerar då att det sociala kapitalet exploateras och försvinner och att något nytt kan inte byggas upp. Vi hamnar i det Rothstein benämner som ”den sociala fällan”.

Så tillbaka till det problem som formulerats i fokusgrupperna - nämligen samhällets många kassor. Primärvården kan ses som en social konstruktion av samma typ som en ”allmänning”. Primärvården har då ett värde först när alla hjälper till så att den fungerar på ett sådant sätt att patienter och medborgare kan ha tilltro till den.

Patienten måste tro att de som de möter inom primärvården samarbetar för dennes bästa – oberoende av vilka kassor de representerar. Om så inte blir fallet så är detta negativt för alla inom primärvården. För att bygga upp ett sådant förtroende måste man mellan sig föra samtal om hur olika resurser skall fördelas och utnyttjas för att verksamheten skall bli så bra som möjligt för samhället och patienten.

Om man inte kan forma principer, som har ett stort socialt kapital, genom att man kan ha förtroende för att samarbete väljs framför egennyttan, så återstår bara ett krig mellan vem som skall betala. Den starkaste vinner på kort sikt. Men patienterna – och de som värnar om deras hälsa – står som förlorare på lång sikt.

Problemformuleringen i berättelserna tycks bottsna i föreställningen att berörda parter alltid kommer att agera för att främja egennyttan. Frågan är om det är så och om det behöver vara så.

Även om man disponerar över olika resurser och ingår i olika verksamheter med skilda budgetar finns det inget som hindrar att man kan välja att samarbeta snarare än att svika patienterna och riskera förtroendet för primärvården. Om man inte väljer att samarbeta så är detta – menar vi – inte ett organisatoriskt utan ett kunskapsmässigt och socialt problem.

Primärvården – från att klaga över restposten till att se den som en huvuduppgift

I samtalen visar det sig att de frågor arbetsterapeuter är upptagna av, när det gäller primärvården, inte i första hand ligger inom det medicinska området. De konventionella sjukvårdstekniska områdena klarar man bra. Det är ”allt det andra” som upptar tankar och samtal. I ett samtal ifrågasattes till och med om man skall tillhöra sjukvården – en synpunkt som väckte stor uppståndelse och också många protester. Samtidigt ligger det förstås något i synpunkten. Varför skall man höra till sjukvården om de patientproblem som man som arbetsterapeut är upptagen av att försöka hantera inte hamnar inom sjukvårdens konventionella område?

Arbetsterapeuter är inte ensamma om att uppfatta att de största problemen ligger utanför det konventionella medicinska arbetsområdet. Denna uppfattning finns också bland många läkare inom primärvården. På Morö Backe Vårdcentral i Skellefteå (Hane och Wennberg 2003) konstaterar man att man numera snabbt och effektivt kan hantera alla de vanliga diagnoserna. Vad som blir kvar är besvär och lidanden knutna till sociala förhållanden och patientens egna föreställningar om sin situation och sin sjukdom.

Litet vanvördigt har man på Morö Backe Vårdcentral kallat dessa annorlunda uppgifter för ”restposten”. Problemet för vårdcentralen är att de som vårdinstitution i många fall saknar möjligheter att hjälpa patienterna just med dessa frågor. Tiden för varje besök är exempelvis för kort. Även om man har insikt om vad som skulle kunna göras är man inte bemannad eller organiserad för att ta hand om allt det som finns i ”restposten”.

Vi tycker oss känna igen Morö Backe Vårdcentralers erfarenheter i fokusgruppernas berättelser. Berättelserna ger uttryck för en stor frustration på grund av att man tvingas lägga ner stor energi på åtgärder som ändå inte har förutsättningar att ge det resultat som vore önskvärt. Morö Backe Vårdcentral har ett begrepp för detta. Man säger att man måste undvika att patienten söker vård förgäves. Det verkar vara just oron för att patienter i framtiden kommer att söka vård förgäves som arbetsterapeuter brottas med.

En möjlighet att upplösa detta problem kan vara att formulera en mera realistisk syn på vad som skall åtgärdas i primärvården. Det är möjligt att det arbetsterapeutiska paradigmet här kan vara till hjälp. Det finns flera exempel på rehabiliteringsinsatser som gör det möjligt för patienter att leva ett rikt liv trots en funktionsbegränsning. Nyckeln till dessa goda insatser är det som kallas patientorientering.

Berättelserna pekar således på behovet av en reformering av alla de professionella paradigmen i riktning mot en ökad patientorientering. En sådan förbättrad insats av primärvården skulle sannolikt också ge den en ny identitet i allmänhetens ögon.

En sådan primärvård skulle inte bara göra mera nytta. Den skulle kunna formulera en till diagnostänkandet kompletterande kunskap. Därmed skulle primärvården kunskapsmässigt kunna bli av stort värde för den diagnosbaserade slutna vården. Visst är det en lång väg dit men i berättelserna finns mycket att ta vara på om man vill gå i denna riktning.

För FSA innebär detta att man måste ge akt på att man inte låser sig i ett sjukvårdstänkande och bygger sin identitet på positionerna i de stora sjukhusen. I fokusgrupperna påpekas exempelvis att AT-utbildningen är alltför inriktad på insatser kopplade till den slutna vården. Denna utveckling måste brytas om man som arbetsterapeut i primärvården skall kunna få välutbildade kolleger som samtalspartners och inspiratörer.

Arbetsterapi – från handledning till kollektiv kompetens

Aktörstänkandet och den arbetsterapeutiska paradigmen leder fram till att arbete med en patient måste tas i små steg och följa patientens egen mognad och utveckling. Mognad och utveckling skall här inte ses som en personlighetsfråga utan helt enkelt som en naturlig process. När och om man drabbas av en sjukdom måste man utveckla en förståelse för sin nya situation och hur den skall hanteras.

Samarbetet måste då följa vad vi kallar en evolutionär planering, det vill säga nästa steg kan inte fastställas förrän man ser hur det gått med det förra. Konventionell tidplanering, fasta behandlingsplaner och korta besök med långa mellanrum blir närmast destruktiva för patientens utveckling och kan medföra meningslösa insatser utan synbar effekt. Denna insikt leder till att personalgrupper som finns ”nära” patienten, klienter och boende får allt större betydelse för rehabilitering och tillfrisknande. Därför måste dessa personalgruppers patientorienterade kunskaper ökas.

I samtalen återspeglas denna utveckling genom att man betonar handledningens betydelse. Arbetsterapeuterna är oroadade för att de inte kan förverkliga en patientorienterad vård om de själva måste hålla de nära kontakter med aktuella patienter och klienter som krävs. För att aktörspektivet skall få fullt genomslag måste således arbetsterapeuter lära sig att arbeta genom andra. Som framgår av samtalen upplever man detta tungt och som ett problem. Man kan få

i uppgift att åstadkomma ett nytt patientorienterat förhållningssätt men då inom ramen för konventionella kurser och begränsade resurser. Att få tid och möjlighet att ta större grepp stöter på motstånd i tider av besparingar och hög stress. Man anger därför att man vill ha kurser i ”coaching”.

Vi vill här peka på att patientorienteringen sannolikt endast kan växa fram genom det som inom forskningen kallas ”kollektiv kompetens”. Patienten, klienten och den boende vistas i en social kontext som formas av patienten själv i samspelet med de närstående. Denna sociala kontext vidmakthålles kollektivt av de medverkande själva. Det är svårt att som enskild person bryta mönstret eller förändra det. Har denna sociala kontext en olämplig form så får enstaka lärtillfällen ingen betydelse alls. Först när man som arbetsterapeut möter ett kollektiv som förstår värdet av att fungera patientorienterat så tror vi handledningsuppdragen blir lättare. Om arbetsterapeuten ensam skall dra hela lasset bränner hon snabbt ut sig.

Arbetsterapeuter kan trycka på för att en kollektiv kompetens skall kunna byggas upp. En arbetsterapeut kan emellertid inte ensam åstadkomma den. Flera andra professioner och personer måste också ta sitt ansvar. Alla måste medverka till att primärvården också i praktiken kommer att bestå av teamarbete. Det problem arbetsterapeuterna för fram kan sannolikt hanteras först när både professionell och övrig personal integreras i utvecklingsarbetet och när detta baseras på de vardagsproblem som visar sig i patientens sociala kontext.

Primärvården – från diagnos till livskriser

Det framgår av samtalen att den medicinska diagnostiken är nödvändig men att den inte säger hela sanningen om de svårigheter patienten/klienten drabbas av. Man talar exempelvis om det naturliga åldrandet som innebär svårigheter och lidande för många men som naturligtvis inte är någon sjukdom. Trots detta är det förstås angeläget att bistå människor i deras besvär. Det verkar grymt att överge dem och inte bistå med mediciner och annat stöd bara för att de är gamla och inte har någon diagnos.

Ett annat exempel är förstås de som råkar ut för olika sjukdomar eller skador som förändrar deras livssituation. En vanlig term inom vården är att patienten är ”färdigbehandlad”. Med detta menar man att det inte finns mer att göra medicinskt sett. Ur medicinsk synpunkt är patienten således inte ”sjuk” även om livskrisen fortsätter och medför en mängd symptom, som patienten själv definierar som ”sjukdom” och kan behöva hjälp och stöd för att klara.

Ett tredje exempel är de personer som Benny Hjern (2001) kallar ”multipla behovsmänniskor”. Dessa kräver många olika insatser och hamnar så som dagens samhälle är organiserat mellan stolarna. Det faktum att de kan karaktäriseras som multibehovsmänniskor och inte bara människor med behov av hjälp visar att det är något fel på den uppdelning som gjorts.

Ett sista exempel är personer som lider av så kallad utmattningsdepression – eller populärt ”utbrändhet”. Många undersökningar (Doctare 2000; Krauklis och Schenström 2002; Perski 2002) visar att utbrändhet är kopplat till en livskris snarare än till en sjukdom. Rehabiliteringen kan inte enbart knytas till medicinska faktorer. Karin Johannisson (2003) använder också utbrändhet som ett exempel på hur diagnoser skiftar, styrs av kulturella värderingar och ändrar karaktär.

Arbetsterapeuternas berättelser visar att dessa livskriser av patienterna själva uppfattas som ”problem” där de förväntar sig hjälp av primärvården och av arbetsterapeuter. Detta är därför en fråga som måste tas på allvar även om det inte rör sig om tillstånd som har rent medicinska orsaker. Att förstå bakgrunden till dessa komplexa samband och därmed också förstå vad som kan göras är förvisso inte enkelt. Som vi förut nämnt är en möjlighet att man utvecklar och finner helt nya utgångspunkter för att kunna hjälpa denna typ av patienter/klienter.

Arbetsterapeuterna i fokusgrupperna tar emellertid upp också ett annat perspektiv på denna fråga. De diskuterar samhällets och arbetslivets ansvar för att dessa livskriser uppstår, består och förvärras. De för fram uppfattningen att åtgärder för att förebygga och lindra dessa problem bör göras på andra håll än inom primärvården och den arbetsterapeutiska professionen. Vissa arbetsterapeuter uttrycker direkt i samtalen att det faktum att dessa tillstånd diagnostiseras som ”sjukdom” befriar samhälle och arbetsliv från det ansvar det borde ta.

Om man håller med om detta så är det inte längre fråga om att diskutera nya behandlings- och rehabiliteringsformer i konventionell mening. Då måste primärvården ta på sig ansvaret att med sina kunskaper om dessa frågor intervjua i de samhällsprocesser som leder till att människor hamnar i dessa livskriser och söker hjälp hos dom. Det kan röra sig om allt från att gripa in i och påverka arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbetet på våra arbetsplatser till att medverka till en klok samhällsplanering.

Arbetsterapi – från åtgärder till intervention

Detta stycke handlar egentligen om språket som medel att förstå och beskriva de nya erfarenheter och kunskaper som växer fram som en följd av en fördjupad patientorientering. Det finns i engelskan ord som är användbara i en patientorientering men som inte så lätt kan översättas till svenskan. Vi tänker då på ord som ”purpose”, ”occupation” och ”intervention”. Vi skall här ge några exempel på språkliga övergångar från samtalen i fokusgrupperna.

Vi har i vissa fokussamtal hamnat i diskussioner om begreppet mål. Skall arbetsterapeuten och patienten ha ett gemensamt mål? Är inte ett sådant uttryck egentligen motsägelsefullt? Skall inte patienten ha sitt mål och arbetsterapeuten sitt? Det engelska ordet ”purpose” kanske löser dilemmat.

”Purpose” är något subjektivt. Det finns inne i oss och det visar en riktning. Vi kan ha olika ”purpose” men vi kan trots detta arbeta i samma riktning. Mål refererar till något yttre, det vill säga till platsen vi skall nå. Det är något helt annat. Det kan således vara värdefullt att i analyser och samtal inom primärvården kunna skilja de två betydelseerna från varandra.

Vi har tidigare nämnt användning av ”occupation” inom arbetsterapi, det vill säga att ta sig ett utrymme. Denna princip är en viktig utgångspunkt för arbetsterapeutiskt arbete. Samtidigt visar berättelserna på motstridiga resonemang där man å ena sidan faller in i konventionella behandlingsresonemang men å andra sidan också vill hedra det arbetsterapeutiska paradigmet.

I en av grupperna väckte ordet ”intervention” protester. Det var ”svengelska”, det associerade till krig och elände och det kunde lika gärna ersättas med det svenska ordet åtgärd. Vi reagerade spontant negativt. Intervention och intervenser finns med i alla de många ordböcker och lexikon vi har.

Man kan därför utan vidare konstatera att ordet används i svenskan. Att man i vissa sammanhang främst förknippar ordet med konflikter hindrar inte att ordet kan ha många andra användningsområden. Av ordböckerna är det också tydligt att man inte kan använda ordet åtgärd som synonym till intervention.

I FSAs specialistordning använder man begreppet arbetsterapeutisk intervention som en beteckning för en underavdelning av arbetsterapeutiska funktioner. Insatsen – intervention – jämförs med åtgärderna utredning, utvärdering och konsultation och handledning. Skall en sådan funktionsindelning vara betydande bör den emellertid vara ömsesidigt uteslutande. Begreppet intervention kan då inte gärna stå som en beteckning för en insats som också kan kategoriseras som någon av de andra tre.

Vi menar att en utredning, en utvärdering eller en konsultativ insats mycket väl, under vissa förhållanden, kan betecknas som en intervention i patientens rehabiliteringsprocess om man nota bene ser patienten som aktör och inte som föremål för behandling. Den aktuella användningen i specialistordningen kan därför uppfattas förvirrande och motsägelsefull.

Ordet intervention består av de två leden ”inter” och ”venire”. Venire betyder ”att komma” och inter ”emellan”. Jämför exempelvis intervall som är utrymmet mellan två punkter, objekt eller enheter. Bokstavligt uttryckt är således en intervention något som kommer emellan. Intervenera är alltså att komma emellan – oftast i betydelsen att utifrån påverka något, att placera sig mellan två av saker. Att visa sig mellan två perioder eller punkter i tiden. Att ingripa i andras affärer eller självständighet eller att gå in som tredje part i en konflikt etc.

En intervention tillhör således en annan typ av begrepp än både åtgärd och funktion. En intervention kan inte definieras förrän man kan synliggöra vad interventionen är ett ingrepp i. Interventioner förutsätter en viss distans. Man kan inte intervensera om man redan är del i något. Kallar man något en intervention så förutsätter detta att patienten har en egen tankevärld och en suveränitet i handlandet som man inte kan bortse från. Att kalla de insatser man gör för patienter för interventioner är att hedra deras autonomi och respektera deras självbestämmande.

För att beskriva interventionen måste man beskriva naturen av de processer i vilket ingreppet sker. En åtgärd som man tidigare sett som en del av ett behandlingsprogram blir något annat om man ser den som en intervention. Interventionens fokus ligger således på själva ingripandet och vilken effekt detta får snarare än på vad själva ingripandet består av. Börjar man med den autonoma patienten och kallar något en intervention ser man således något annat än om man tar utgångspunkt i behandlingsplanen och kallar något en åtgärd.

Så långt så gott. Detta resonemang får konsekvenser för samtalen i primärvården. Om åtgärder skall kallas interventioner måste dessa definieras och beskrivas också utifrån själva ingripandet och det man ingriper i. Övergången till att använda begreppet intervention leder fram till att insatserna inte enbart kan definieras av en förutbestämd plan eller en given behandlingsmetod frikopplad från den unika patien-

ten. För att komma vidare i samtalen inom primärvården måste man luckra upp diagnostikandet och komplettera detta med helt andra bedömningar och resonemang. Det är denna motsättning mellan olika språkbruk – och egentligen inte en skillnad mellan ett arbetsterapeutiskt och ett medicinskt paradig – vi tycker oss kunna spåra i samtalen.

För att belysa denna språkliga motsättning skall vi använda två begrepp – universalitet och partikularitet. Dagens diagnoser syftar mot universalitet. En halsfluss är en halsfluss oberoende av vem som har den. En halsfluss skall behandlas på ett speciellt sätt oberoende av om patienten heter mor Anna eller farbror Kalle. Man kan förfina klassificeringen och kalla halsflussen med olika namn och fastställa att vissa patienter svarar bättre på vissa behandlingar än andra. En sådan specificering leder bara till nya universella diagnoser.

Aktiviteter genererade av aktörer – om man ser dem med aktörsperspektivet – kan visserligen beskrivas universellt men ingripandet är alltid partikulärt. Ingripandet sker i en speciell situation, vid en speciell tidpunkt, i ett speciellt skede i patientens och dennes omgivnings liv. Kallar man något en intervention ställs därför andra krav på bedömningen än om man bara utför en åtgärd på grund av en universell diagnos. Diagnoser kopplas till ”objekt”. Interventioner är något som måste kopplas till unika subjekt.

Det ställs därför vid en intervention krav på en bättre och djupare analys av konsekvenserna för subjektet av själva

ingripandet än om åtgärden är berättigad i relation till en universell behandlingsprincip. Man måste således kunna föreställa sig hur interventionen påverkar alternativa framtida handlingsmönster, som patienten kan utveckla. Berättelserna antyder att förmågan att föreställa sig alternativa sådana scenarios och därmed också förstå den tänkta interventionens konsekvenser kommer att vara en viktig yrkeskunskap hos dem som arbetar i primärvården.

Arbetsterapi – från hjälpmedel till verktyg

Ur berättelserna kan man utläsa farhågor om att man som arbetsterapeut inte kommer att kunna svara upp mot de förväntningar man i framtiden kommer att ställas inför. Redan i dag menar man att det finns ett stort avstånd mellan fina offentliga deklARATIONER om vården och vad som faktiskt kan göras.

Att det handlar om en resursfråga är uppenbart. Arbetsterapeuterna ser framför sig att prioriteringsproblemen kommer att bli allt mer svårlösta. Det är emellertid inte bara resurser i form av pengar som saknas. Att utveckla den typ av kompetens och kunnighet vi här har lyft upp tar både arbetstid och kalendertid – en tid som man i dag inte har. Att lösa problemet genom att importera arbetskraft som utan vidare kan sättas in i verksamheten utan sådana kunskaper är inte möjligt.

Det finns förstås många patienter som får den hjälp och vård de behöver – även om det kan ta tid och de får vänta. Arbetsterapeuternas oro rör de många patienter som i dag verkar söka vård förgäves. Vad som är särskilt alarmerande verkar vara att man som patient helt slumpmässigt kan hamna i en sådan situation. Man kan helt enkelt råka ut för att få en nitlott i vårdtombolan. För att vården skall kunna behålla tilliten så krävs att inte alltför många hamnar i denna grupp.

Samtalen med arbetsterapeuter antyder att man inom primärvården är mycket nära situationen att en god vård av många ses som något man inte alltid kan räkna med. En komplicerande faktor är att de som faller utanför också ramlar igenom samhällets säkerhetsnät. Situationen för dem blir osäker och kaotiskt. Problemet är att varje tänkbar åtgärd för att motverka denna utveckling medför krav på ytterligare resurser. De flesta förslag till lösning blir därför orealistiska. Det skulle behövas en ”upppfinning” där patienternas problem kunde elimineras på annat sätt än enbart genom direkta personalinsatser.

Aktörsperspektivet kan leda fram till en ny belysning av denna fråga. Mycket talar nämligen för att ”restposten” karaktäriseras av patienter som lider av att de inte ges möjlighet att ta sig det utrymme i livet som de behöver för att må bra. Om detta är problemet så kan detta inte undanröjas genom yttre service och hjälp. För att det skall kunna undanröjas måste man medverka till att öka personernas

egen förmåga att skapa sig ett bättre liv. Då handlar det emellertid inte bara om individualiserade och anpassade hjälpmedel som kompensation för funktioner som fallit bort. Då handlar det om att erbjuda helt nya och avancerade verktyg för att möjliggöra ökad livskvalitet. Hjälpmedlet ersätter en funktion. Verktuget skall bidra till att patienten får möjlighet att göra något meningsfullt, roligt, spännande och njutningsfullt.

Samtalen visar att tanken på att erbjuda verktyg snarare än hjälpmedel på något sätt uppfattas som stötande. Arbetsterapeuterna möter argument som handlar om att det offentliga naturligtvis inte skall betala för sådant man gör för nöjes skull och för besök på idrottsmatcher, datorer, kulturella evenemang och olika mer eller mindre lustfyllda fritidsaktiviteter?

Vissa arbetsterapeuter tycker att man betar sig kontraproduktivt i detta avseende. Aktörsperspektivet antyder att det kan finnas en mängd enkla åtgärder och verktyg som skulle bidra till att människor själva skulle kunna skapa sig en harmonisk livsform, leva ett gott liv trots sina svårigheter, avlasta primärvården och därmed bespara samhället stora kostnader. Detta antyder att de principer som man följer för sina prioriteringar kanske bör ändras.

Samhällets stöd till bidragstagare skall bygga på universella principer som kan accepteras av alla. Det måste finnas ett så stort förtroende för principerna att tillräckligt många väljer

att inte missbruka dem. Om man tror att de missbrukas förlorar de nämligen sitt värde och kommer inte att följas. Ju mer man etablerar behovsprövade insatser och etablerar olika kontrollåtgärder desto mer förlorar de universella principerna i förtroende.

Sådana åtgärder uttrycker att man inte har förtroende för att principerna kan upprätthållas ”frivilligt”. Rothstein (2003) påpekar att sådana åtgärder medverkar till inställningen att det enda sättet att få hjälp är att slå sig fram, ta för sig och strunta i andra vilket leder till en ond cirkel. Det sociala kapitalet urholkas.

Problemet som beskrivs av arbetsterapeuterna kan därför ha sin grund i föråldrade principer för bistånd och bristande förståelse för vilka goda universella principer för bistånd och vårdbehov som kan byggas upp. Aktörsperspektivet visar på att det snarare är en inställningsfråga än en teknisk fråga som förhindrar oss att pröva nya vägar.

Varför kan det inte ses som en mänsklig rättighet att få leva ett rikt liv även om man drabbats av yttre svårigheter som hindrar det? Varför skulle man inte som Fishers patient Jim få kunna spela gitarr, lära sig att arbeta med dator och själv få ta sig ut bland folk även om man är beroende av bidrag?

Teknik och tekniska lösningar är billigare än människor – som man dessutom inte kan få tag på. En satsning på nya typer av teknik både för offentliga lokaler och för individuellt

bruk kan öka möjligheterna för personer med olika funktionshinder att skapa sig ett utrymme i samhällslivet. Detta är sannolikt långt billigare och mer kostnadseffektivt än personlig service även om en sådan också kan behövas.

Från spekulatation till verklighet

I berättelserna ges en hel del förslag och tankar om kunskapsspridning och kunskapsgenerering. Dessa är det förstås bara att ta fasta på och se om de går att förverkliga. En och annan läsare skulle emellertid utifrån berättelserna kunna säga – men detta är ju inget problem om de bara visste att....

Då fokusgrupperna består av kunniga och erfarna arbetsterapeuter är risken för detta inte så stor inom gruppen. Däremot är det förstås av värde om personer från andra grupper på detta sätt kan hjälpa till att definiera ytterligare behov av kunskapsgenerering och kunskapsspridning. Ju fler personer som deltar i den fortsatta behandlingen av materialet dess bättre.

Att de problem vi lyft upp i detta avslutande avsnitt skulle kunna upplösas genom en kunskapsutveckling enligt de linjer vi antytt är varken osannolikt eller orealistiskt. Men det är heller inget man kan veta. Resonemangen är i den meningen spekulativa. Vår erfarenhet är emellertid att

enbart förekomsten av tänkbara konstruktiva utvecklingslinjer förändrar upplevelsen av ett problem. Man blir då inte lika lätt offer för dem. De känns inte längre lika blockerande och hopplösa.

Vilka riktningar som kan och kommer att förverkligas av de vi här skisserat bestäms förstås av vilka svårigheter man möter på vägen och om dessa kan övervinnas. Egentligen spelar det inte heller så stor roll om just våra resonemang visar sig vara relevanta.

Ser man problem som kunskapsfrågor så brukar de användbara svaren dyka upp efter hand bara man börjar leta efter dem. Syftet med detta avsnitt är därför inte att ge svar och lösningar utan att erbjuda exempel på hur berättelserna kan användas i fortsatta samtal inom primärvården och arbetsterapin.

Några avslutande ord

Vi har som synes lagt stor vikt vid arbetsterapins paradigmen. Detta har inte skett av artighet. Det är en följd av att vi tror att paradigmet har stor slagkraft även utanför själva yrkesgruppen. Vi tycker att detta också bekräftats av andra studier vi gjort.

Som framgår av denna rapport kan paradigmet knytas till andra tankefigurer och föreställningar som nu bryter fram

i samhället. Detta har gjort det möjligt för oss att peka på dess möjlighet – och därmed också arbetsterapeuternas möjligheter – att medverka till att finna öppningar på och påverka väsentliga samhällsproblem och medverka produktivt i den framtida primärvården.

Kunskapsgenerering, kunskapsspridning och kompetensutveckling har i FSAs strategiområde 3 förts fram som ett sätt att profilera yrket. Genom att föra fram sitt paradigm stärker man inte bara yrket. Man profilerar sig också rakt in i samhällets kärnfrågor. Vi hjälper gärna till med det.

Detta kan ytligt sett uppfattas som en god sak. Myntet har dock en baksida. Insikten om paradigmatets styrka ställer också krav. Tanken utmanar. Resonemangen är uppfordrande. Förväntningarna ökar. Profileringen blir då inte bara en fråga om marknadsföring. Plötsligt ställs större kompetenskrav på den enskilde arbetsterapeuten.

Möjligheterna är många men området stort – ja kanske närmast gigantiskt. Var det verkligen detta man räknade med när man valde yrket? Profileringen kan leda till förväntningar på kunnande och kompetens som man som enskild arbetsterapeut varken vill eller kan leva upp till. Detta kan leda till ett personligt dilemma för några.

Under arbetets gång har det därför – på grund av paradigmatets kraft – visat sig att det finns anledning för både FSA och Fammi att noga överväga vad man skall och vad

man inte skall engagera sig i och hur man i framtiden bäst skall stödja sina respektive grupper. Det har också blivit uppenbart att det är skillnad på att introducera insikten om det arbetsterapeutiska paradigmatets värde i primärvården och att fullfölja FSAs arbete med kunskapsgenerering och kompetensutveckling inom yrket. Hanterandet av materialet måste därför bli olika i de två organisationerna.

Detta har gjort att rapporten saknar ett avslutande kapitel med de vanliga rekommendationerna och slutsatserna. Det har också varit svårt att på ett enkelt sätt sammanfatta rapporten eftersom den sammanfattning som krävs måste bygga på de diskussioner som ännu inte förts.

Vi har därför med FSA och Fammi kommit överens om att denna rapport skall ses som ett ”empiriskt material” genom vilket man nu kan ta ställning till hur man kan stärka professionen arbetsterapi och skapa en bra primärvård. Vi hoppas att rapporten därutöver skall väcka intresse i en bredare krets och ge inspiration till samtal om hur arbetsterapeutisk kunskap och arbetsterapeuters kunnighet kan bidra till en önskvärd utveckling i samhället.

AVSNITT 6

Referenser

- Alvesson M, Deetz S. (2000): Kritisk samhällsvetenskaplig metod. Lund: Studentlitteratur.
- Arbner I, Bjerke B (1994): Företagsekonomisk metodlära. Lund: Studentlitteratur.
- Argyris C. (1983): Reasoning, learning and action – Individual and Organizational. San Francisco: Jossey-Bass.
- Asplund J (2003): Genom huvudet, problemlösningens socialpsykologi. Göteborg: Bokförlaget Korpen.
- De Bono E (1996): Vattenlogik. Att tänka enkelt om svåra saker. Stockholm: Svenska Förlaget Liv och Ledare.
- Bärmark J (1984): Forskning om forskning eller konsten att beskriva en elefant. Lund: Natur och Kultur.
- Doctare C (2000): Hjärnstress - kan det drabba mig? Stockholm: Runa Förlag.
- Ellström PE, Gustavsson B, Larsson S (red) (1996): Livslångt lärande. Lund: Studentlitteratur.

Fisher A G (1998): Uniting practice and theory in an occupational framework. *The American Journal of Occupational Therapy*. 52; 7; 509- 521

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Hane M, Wennberg B-Å (2002): Samtal med arbetsterapeuter om arbetsmiljöns brister, risker och glädjeämnen. Nacka: FSA.

Gustavsson B (2001): Kunskapsfilosofi. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Hane M, Wennberg B-Å (2002): Frågeformulärens kris. Varför vi övergett frågeformulär som hjälpmedel i arbetsmiljöarbetet. Abonnemangsrapport 93. Göteborg: Samarbetsdynamik AB.

Hane M, Wennberg B-Å (2003): Tre berättelser som illustrerar möjligheten att genom patientorientering kombinera ett högt förtroende från patienten, en stimulerande arbetsplats och ett optimalt resursutnyttjande. Manuskript till Landstingsförbundet. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.

Hansson H. (1998): Kollektiv kompetens. Göteborg: Bokförlaget BAS.

Hjern B (2001): Vårdförändringens institutioner och de multipla behovsmänniskorna. I Gröning Degerlund L oa : Rivner – Bygg nytt. En debattbok om samhällsstrukturer vid vägskalet. Söderhamn: Tjänsteforum.

Johannisson K. (2003): Diagnosen frälser och förbannar. *Axess* nr 5 2003, sid 33-35.

- Krauklis M, Scherström O (2002): Utbrändhet - den nya folksjukdomen. Johanneshov: Bokförlaget Robert Larsson AB.
- Lund M (2001): Tillit och mänsklig utveckling i Aronsson G och Karlsson Ch (red): Tillitens ansikten. Lund: Studentlitteratur.
- Perski A (2002): Ur balans. Om stress, utbrändhet och vägar tillbaka till ett balanserat liv. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Ramirez J. (1995): Skapande mening - en begreppsgenealogisk undersökning om rationalitet, vetenskap och planering. Avhandling 13:2. Stockholm: Nordiska institutet för samhällsplanering.
- Rosengren M. (2002): Doxologi. En essä om kunskap. Åstorp: Rhetor förlag.
- Rothstein B. (2003): Sociala fällor och tillitens problem. Kristianstad: SNS Förlag.
- Sandberg J (1994): Human competence at work. An interpretative approach. Göteborg: BAS.
- Sandberg J, Targama A (1998): Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer. Lund: Studentlitteratur.
- Schön Olsson C (2003): Personlig kommunikation om pågående avhandlingsarbete. Göteborg: Medicinska fakulteten, Sahlgrenska Akademin.

Tillberg P (red)(2002): Dialoger – om yrkeskunnande och teknologi. Stockholm: Föreningen Dialoger.

Utbult M (red) (2002): Lärande i arbetslivet. Tio års forskning och utveckling i backspegeln. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap.

Wennberg BÅ, Hane M (2003): Utgångspunkter för att samtala om framväxten av nya utbildningsalternativ. Manuskript till abonnemangsrapport 03 06 19. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.

APPENDIX

Presentation av deltagare

Fokusgrupp 1

Gunilla Ahlgren, Stockholm. Arbetar på Bergsunds äldreboende. Detta äldreboende var tidigare Rosenlunds sjukhem, vilket fungerade som korttids- och permanentboende. På Bergsund finns endast permanentboende med en arbetsterapeut och en sjukgymnast till 123 boende.

Heidi Augustesen, Stockholm. Arbetar i ett personalägt aktiebolag och för tillfället främst med utvecklingsfrågor.

Bodil Evertsson, Östersund. Arbetar med alla personer över 20 år i kommunens primärvård.

Kristina Hagström, Stockholm. Arbetar på en rehabenhet inom den kommunala äldreomsorgen i Stockholms stad.

Kristina Holmgren, Göteborg. Arbetar i ett primärvårdsteam och är samtidigt doktorand inom vårdvetenskapliga fakulteten vid GU.

Ingela Johansson, Luleå. Är distriktsarbetsterapeut och arbetar med dagrehabilitering och rehabilitering i hemmet.

Anita Ohlin, Malmö. Arbetar i Primärvårdens Rehabilitering, en enhet inom primärvården som består av alla arbetsterapeuter och sjukgymnaster i primärvården i sydvästra sjukvårdsdistriktet i Skåne. Sitter inte på vårdcentral – beroende på platsbrist – men arbetar mot två vårdcentraler i Malmö. Patienter ur alla åldersgrupper kommer till mottagning för behandling/träning. Endast hjälpmedelsutprovning då det gäller kommunikationshjälpmedel t ex datorer.

Monica Persson, Helsingborg. Är distriktsarbetsterapeut och arbetar med hemrehabilitering för personer 20 år och äldre.

Carina Svensson, Nässjö. Arbetar både i kommunens och landstingets primärvård.

Kristina Wahlstedt, Nora. Är distriktsarbetsterapeut och arbetar med äldre och handikapp.

Birgitta Warmark, Vara. Arbetar främst inom äldreomsorgen.

Christina Vikner, Örnsköldsvik. Är distriktsarbetsterapeut vid vårdcentral sedan 1983 och arbetar med alla åldrar och förekommande problemställningar i eget boende. Arbetar enligt samverkansavtal tidsbegränsat i omsorgsboende. Arbetade före ädelreformen även inom kommunala boenden.

Har tidigare deltagit i samverkansprojekt mellan Landsting och Kommun med utvidgad Träffpunktsverksamhet för rehabilitering av äldre med varierande funktionsnedsättningar. Deltagit i projektutbildning Björklund/Lockner: Rehabilitering av långtidsjukskrivna. Representant i lokalt Kundråd för utveckling av samverkan med Hjälpmedelsverksamheten i Västernorrland. Deltar f n i Genombrottsprojekt där Landstinget Västernorrland stimulerar förändringar som leder till förbättringar i ordinarie verksamhet.

Fokusgrupp 2

Ingegerd Bergström, Sollentuna Äldrehabilitering. Arbetar med dagrehabilitering, med korttidsrehabilitering och med hemrehabilitering för personer över 65 år.

Anna Cederlund, Vänersborg, Kommunrehabilitering. Arbetar med personer i eget boende och servicehus som är inskrivna i hemsjukvården, med personer på särskilda boenden och på kommunens korttidsrehabiliteringsavdelning. Kommunrehabilitering har också en Dagrehabilitering.

Åsa Eriksson, Uppsala. Arbetar vid Karl-Johansgården som tillhör Uppsala kommun. Där finns dels ett särskilt boende och ett boende för senildementa.

Christina Fhyr, Linköping. Arbetar vid Kungsgatans Vårdcentral: en landstingsägd vårdcentral i ett innerstadsområde.

Ingegärd Florin, Staffanstorp. Är sektionsledare inom Rehabgruppen Pilegården; Arbetar med dagrehabilitering och korttidsrehabilitering både inom särskilt och enskilt boende.

Ingrid Hoffman, Lyckeby. Är avdelningschef för Team Rehab, Lyckeby vårdcentral. Teamet har rehabiliteringsansvar för patienter boende i enskilt boende.

Margareta Högberg, Kommunrehab i Munkfors. Arbetar som distriktsarbetsterapeut med dagrehabilitering, med korttidsvård och med personer i särskilt och ordinärt boende.

Ann Louhelainen, Arbetar vid Arbetsterapin i Hudiksvalls kommun. Inom enheten finns förutom särskilt boende också 4 så kallade hospiceplatser.

Anita Petersson, KommunRehab i Falun. Arbetar endast med människor som bor i särskilt boende och korttidsenheter. Verksamheten är nyöppnad sedan 1 år tillbaka. Kommunen har 55 000 invånare och cirka 900 boende i särskilt boende. I enheten finns 4 arbetsterapeuter och 4 sjukgymnasier. Landstinget ansvarar för all vård i ordinärt boende. Har tidigare arbetat 6 år i omsorgsvård, 6 år i primärvård, 7 år vid en hjälpmedelscentral och cirka 6 år inom akut sjukvård.

Inga-Lill Rosvall, Arbetar på Ängsgårdens Vårdcentral i Surahammar. I Västmanland tillämpas ett Familjeläkar-koncept och har flera vårdcentraler som drivs i privat regi. Inga-Lill arbetar med personer i enskilt boende både inom en landstingsenhet och inom en enhet som drivs av Praktiker-tjänst.

Ingrid Sandberg, Västerbottens läns landsting. Arbetar vid en vårdcentral med personer i eget boende och inom ett område där det bor många studenter.

Fokusgrupp 3

Barbro Askenborg, Sundbyberg. Arbetar i ett demensteam med arbetsnamnet Stödgrupp för minneshandikappade. Teamet består av arbetsterapeut, demenssjuksköterska och en geriatriker. Teamet är tillgängligt alla veckans vardagar. Arbetsterapeuten gör ADL-bedömningar som underlag vid utredningarna, bedömer behov och förskriver minnestekniska och övriga hjälpmedel. Kunskaperna om minnestekniska hjälpmedel är fortfarande bristfällig hos det stora flertalet inom vården och hos anhöriga. Patientstöd, anhängigtöd, personalstöd ingår såväl i direkt omvårdnadssituation som i riktad undervisning.

Christina Bäckström, Strängnäs. Kommunen har med sina 20 000 invånare valt att ha 3,8 befattningar för arbets-terapeuter och säljer tjänster till ett brett spektrum av

behov. Kommunen ligger också långt från något sjukhus, vilket påverkar primärvårdens uppgifter. Arbetar därför med LSS-patienter, med palliativ vård, med reumatiker, med demensvård, med särskilt och med enskilt boende osv. Varje vårdcentral är organisatoriskt helt sin egen och har sin egen rehabenhet.

Kajsa Eklund, Göteborg. Arbetar nu som doktorand och lärare på Institutionen för Arbetsterapi och Fysioterapi, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Har tidigare med erfarenhetsbas som distriktsarbetsterapeut varit med i framtagningen och utvecklingen av ett hälsoutbildningsprogram för äldre personer med makuladegeneration samt utbildning av distriktsarbetsterapeuter i programmet. Avhandlingen handlar om att utvärdera detta program. Hälsoutbildningsprogrammet har som målsättning att förbättra eller bibehålla vardaglig aktivitet genom att bland annat lära sig strategier för problemlösning. Programmet är avsett att komplettera syncentralens läns- och regionnivå med en primärvårdnivå som idag saknas för personer med synnedsättning.

Libby Hammersley-Paulsson, Sollentuna. Arbetar i ett team för patienter i alla åldrar i ett palliativt skede. I teamet arbetar också läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, dietist och kurator. Teamet har tillgång till egen handledning. Teamet är en del i den primärvårdsanslutna hemsjukvården, (ASIH – avancerad sjukvård i hemmet) som drivs av Praktikertjänst. De arbetsterapeutiska insatserna fokuserar på symtomlindring, på att göra patientens hem

möjligt att vistas i och att utföra aktiviteter. Arbetsterapeutens arbete syftar till att lyfta fram det friska hos patienten allt utifrån patientens eget önskemål.

Anna Hurtig, Falkenberg. I Halland har de olika kommunerna valt helt olika regler för vilka som skall tillhöra kommunens primärvård och vilka som skall tillhöra landstingets. I Falkenberg väljer man att låta kommunens primärvård omfatta alla personer som långvarigt har hemtjänst minst var 14:e dag. Förutom 5 arbetsterapeuter finns i kommunen också logoped, taltjänst, heminstruktörer, organiserat anhörigstöd. Arbetar med personer i särskilt boende och inom en Dagrehabilitering, som man ser som en mellanstation mellan vistelse på sjukhus och det egna boendet och omvänt.

Mona-Lisa Hägvide, Södertälje. Arbetar som distriktsarbetsterapeut vid en vårdcentral i landstingets regi. Arbetar inom ett geografiskt avgränsat upptagningsområde. Där finns tre arbetsterapeuter på 20 000 invånare. Arbetet består av traditionellt distriktsarbetsterapeutarbete för patienter med varierande åldrar och diagnosgrupper. Träffar patienter både vid mottagningsbesök och genom hembesök hos patienter i "eget boende". Arbetet innebär mycket samverkan med andra berörda vårdgivare runt patientärenden, t.ex inom landstinget och med kommunen. Primärvården (dsk, sjg och at) har regelbundna vård- och rehabiliteringsmöten med hemtjänst och biståndsbedömare i kommunen. Kommunen har egna arbetsterapeuter inom de särskilda boendeformerna och de dagliga verksamheterna. Arbetar också 25% som vårdut-

vecklingsledare vid Allmänmedicin Stockholm, för arbetsterapeuter inom SLPO (Södra Länets ProduktionsOmråde). Den huvudsakliga inriktningen inom arbetsterapi är utveckling, utbildning och integrering av forskningsresultat med praktisk rehabilitering inom primärvården.

Pia Klein, Stockholm. Arbetar med strokerehabilitering i primärvården, Strokegruppen, en specialiserad verksamhet som drivs av landstinget. Arbetet sker i team tillsammans med logoped, sjukgymnast och kurator. Verksamheten vänder sig till nyinsjuknade strokedrabbade personer i alla åldrar som har skrivits ut från sjukhuset till sitt eget hem. Insatserna/ behandlingen ges främst i patientens hem- och närmiljö. Arbetet innebär ett nära samarbete med närstående, biståndshanläggare, intresseorganisationer osv. Till teamets uppgifter kan också höra att fysiskt följa patienten över den psykologiska tröskel som kan finnas när man skall återknyta kontakter med olika fritidssysselsättningar.

Elisabeth Larsson, Gamleby. Arbetar som distriktsarbets-terapeut vid en Hälsocentral. Verksamheten tillhör organisatoriskt Samrehab i Norra sjukvårdsdistriktet i Kalmar läns Landsting. Samrehab består av alla arbetsterapeuter, sjukgymnaster, PV-psykologer med flera inom landstingets Primärvård och sjukhusvård. Vanliga arbetsuppgifter som behandling och hjälpmedel ingår i arbetet, men också att vara en del i ett centralt team som arbetar med FMU (Försäkringsmedicinska utredningar). Utredningarna köps av Försäkringskassan.

Kim Mc Learnon, Kristianstad. Arbetar vid en vårdcentral sedan 2002. I kommunen finns en strävan att alla som på något sätt kan ta sig till sin vårdcentral också skall behandlas där. Arbetar i ett så kallat rehabiliteringsteam där betoningen ligger på utredningar snarare än på behandlingsarbete och en trend mot allt fler hjälpmedelsärenden. I kommunen finns också en MAR. I Skåne finns tillgång till en yrkesutvecklingskoordinator som samverkar med vårdcentralen och goda möjligheter att delta i olika träffar just för distriktsarbetsterapeuter.

Gitte Mosgaard, Klintehamn. På Gotland tillhör all primärvård kommunen. Arbetar vid en stor rehabiliteringsenhet där patienten kan träffa många olika expertfunktioner. Där finns syncentral, dataexperter, sjukgymnaster osv. Arbetar 50% vid vårdcentralen och 50% med utbildning av personalen i förflyttningsteknik. Insatserna kan motiveras både som en arbetsmiljöinsats och som en verksamhetsfråga, vilket innebär att det blivit oklart ur vilken kassa man skall ta pengarna.

Inger Petersson, Växjö. Arbetar både som distriktsarbetsterapeut och vid ett gruppboende för dementa. Inom Växjö kommun är kommunen huvudman för all primärvård utanför vårdcentralerna. Landstingets primärvård saknar helt arbetsterapeuter.

Om Samarbetsdynamik AB

Samarbetsdynamik AB är ett självständigt, oberoende och uppdragsfinansierat forskningsinstitut kring frågor som rör samverkan i olika typer av verksamheter. Utgångspunkten för vårt arbete är att handlingar påverkas genom att de som medverkar får kunskap om de samverkansmönster de själva är med att skapa.

Vi har i vår arbetsform inspirerats av den i litteraturen väl beskrivna metod som kallas fokusgrupp. Vi har också tagit intryck av den långa traditionen från Kurt Levin och aktionsforskningen.. När det gäller den teoretiska plattformen utgår vi huvudsakligen från den humanvetenskapliga handlingsteorin, med rötter redan i antiken och hos Aristoteles, så som den utvecklats och beskrivits av José Luis Ramirez, professor i retorik vid Södertörns Högskola.

Detta innebär några viktiga skillnader i förhållande till den konventionella forskar- eller handledarpositionen. Vi ser oss inte som passiva observatörer. I de projekt där vi medverkar ser vi oss istället som äkta deltagare i ett autentiskt utforskande samtal kring en för oss och den aktuella verksamheten aktuell fråga. Vi ser oss inte heller som samtalsledare med uppgift att få de andra att samtala öppnare och spontant med varandra. Vi anser således inte att vi har speciella rättigheter eller speciella skyldigheter att ta initiativ till eller att göra inlägg i samtalet utöver de samtalsregler som gäller för alla deltagare.

Vi använder istället i samtalet aktivt vår erfarenhet av liknande samtal kring motsvarande problematik i andra sammanhang. Vi förbereder oss genom att ta del av litteratur, utredningsarbete och forskningsresultat kring de sakförhållanden som kan förväntas komma upp. Vi försöker som varje annan god deltagare bidra till att man i samtalet kan återknyta till grundfrågan, ger förslag på alternativa och öppnande perspektiv och ingriper när vi tycker samtalet går i cirkel osv.

På detta sätt har vi medverkat också i detta projekt.

Samarbetsdynamik AB driver sedan 1987 ett Kunskapsabonnemang ”Om organisationens mänskliga sida”. Genom abonnemanget möter vi vid månadsvisa abonnentmöten, de flesta av de frågor som diskuteras i det aktuella arbetslivet.

I samråd med våra uppdragsgivare får abonnenterna ta del av de rapporter som är av mera allmänt intresse. I gengäld kan abonnenterna medverka i utforskandet genom att bidra med reflektioner och erfarenheter som berikar våra pågående projekt och också bidra till spridandet av det som kommer fram. De flesta rapporterna i abonnemanget är dock inte slutrapporter utan belyser olika generella frågeställningar. Dessa rapporter är snarare en del i det förberedande utforskande som möjliggör vår medverkan i senare uppdrag. Formalia om företaget, vår verksamhet och det så kallade Kunskapsabonnemanget beskrivs på vår webbsida.

I Samarbetsdynamik AB arbetar två personer.

Monica Hane är docent i tillämpad psykologi. Hon var under en period på 90-talet universitetslektor inom området arbetsorganisation och psykologi och har forskat på arbetslivets hälsofrågor och psykosociala arbetsmiljö bland annat som psykolog vid Yrkesmedicinska Kliniken i Örebro. Monica var under år 2000 ordförande för prioriteringskommittén för arbetsorganisation, belastning och hälsa inom dåvarande Rådet för Arbetslivsforskning.

Bengt-Åke Wennberg är civilingenjör och har verkat som organisationskonsult sedan 1963. Bengt-Åke betraktas som en av pionjärerna när det gäller samarbetsträning och organisationsutveckling i Sverige.

De har tillsammans sedan 1987 författat ett 100-tal rapporter kring arbetslivets aktuella frågor med betoning på samverkan, organisering och hälsa.

Samtliga rapporter finns beskrivna på webbplatsen www.samarbetsdynamik.se.