

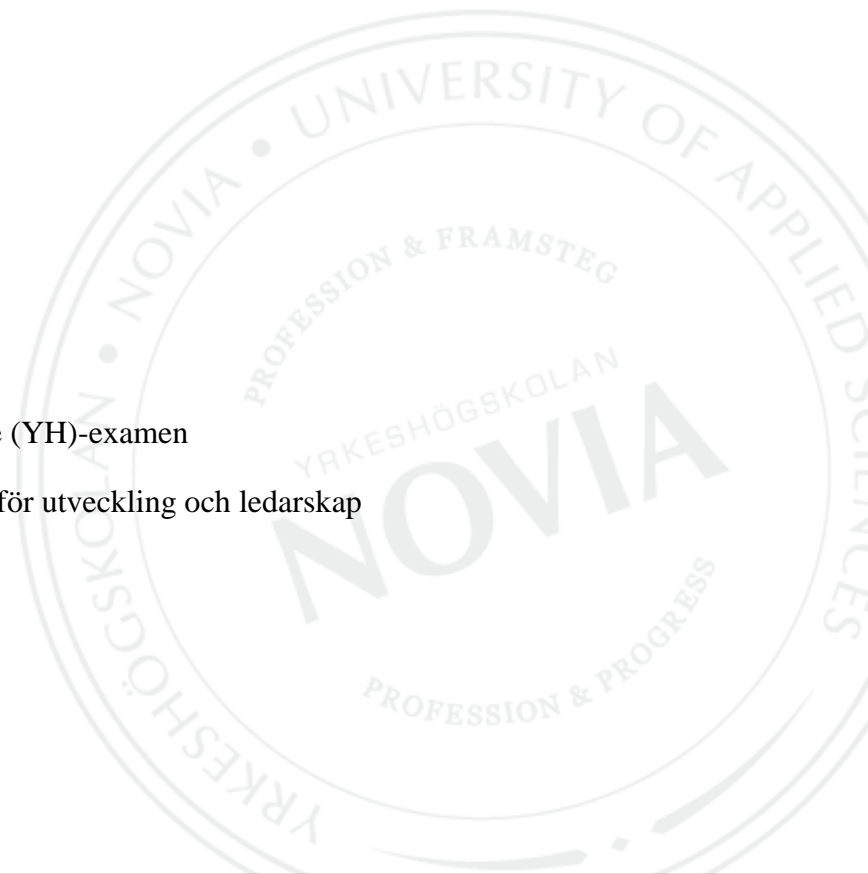
Mångprofessionellt arbetsteam inom geriatrisk rehabilitering

Gunilla Jansson

Examensarbete för högre (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för utveckling och ledarskap

Åbo 2011



EXAMENSARBETE

Författare: Jansson Gunilla

Utbildningsprogram och ort: Högre Yrkeshögskoleprogrammet, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård

Handledare: Thea Kusenius och Heli Vaartio- Rajalin

Titel: Mångprofessionellt arbetsteam inom geriatrisk rehabilitering

Datum 11.10 2011

Sidantal 30

Bilagor 4

Sammanfattning

Utifrån ett projekt om rehabilitering av äldre inom Geriatriska kliniken vid Ålands Hälso- och Sjukvård handlar utvecklingsarbetet om att förbättra kommunikationen mellan olika yrkesroller och skapa ett bättre rehabiliterande arbetssätt. Syftet med undersökningen är att inleda mångprofessionella ronder för den rehabiliterande patienten samt att evaluera det. De mångprofessionella ronderna har testats under 8 månader och har genom detta arbete utvärderats.

Utvärderingen gjordes med en kvalitativ fokusgruppintervju. Informanterna var sammanlagt 13 personer där olika yrkesgrupper var representerade. Resultatet visade att de mångprofessionella ronderna har fungerat bra. Det har skapat en större förståelse mellan yrkesgrupperna och ett större engagemang för rehabiliteringsprocessen. Personalens motivation till rehabiliteringen har ökat genom att de känner sig mer delaktiga och de har fått en känsla av att kunna få vara med och påverka sitt arbete på ett annat sätt än tidigare. De arbetar mer strukturerat och mer rehabiliteringsinriktat vilket gynnar patienterna.

Förutsättningarna för tidiga vårdplaneringsmöten, kunskapen om hur man sätter upp realistiska mål tillsammans med patienten och vikten av att dokumentera i vårdjournalen delmål och hur man uppnår dem diskuterades under intervjuerna.

Språk: Svenska

Nyckelord: Rehabilitering, Mångprofessionellt teamarbete, Äldrevård

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jansson Gunilla

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

Ohjaajat: Thea Kusenius ja Heli Vaartio-Rajalin

Nimike: Moniammatillinen työtiimi geriatrisessa kuntoutuksessa

Päivämäärä 11.10.2011

Sivumäärä 30

Liitteet 4

Tiivistelmä

Opinnäytetyö käsittelee viestinnän edistämistä eri ammattiryhmien välillä ja paremman kuntouttavan työtavan kehittämistä ikääntyneiden kuntoutukseen liittyvässä projektissa Ahvenanmaan terveyden- ja sairaanhoidon geriatrian klinikassa. (Ålands hälso- och sjukvård).

Tutkimuksen tavoitteena on käynnistää moniammatilliset kierrrot sekä arvioida se.

Moniammatillisia kiertoja on testattu kahdeksan kuukauden ajan. Tässä tutkimukset on arvioitu moniammatillisia kiertoja.

Tutkimus on suoritettu laadullisella kohderyhmähaastattelu-menetelmällä. Tutkimukseen osallistuneita on 13 henkilöä, jotka edustavat eri ammattiryhmiä. Saatujen tulosten perusteella moniammatilliset kierrrot ovat toimineet hyvin. Kierrot ovat lisänneet osallistumisaktiivisuutta kuntoutusprosessiin sekä ymmärrystä henkilöstöryhmien välillä.

Henkilökunnan osallistumismahdollisuus on lisännyt motivaatiota kuntouttamiseen. Haastateltavat kokivat saavansa vaikuttaa omaan työhönsä toisin kuin aikaisemmin.

Työ suoritetaan järjestelmällisemmin ja kuntoutussuuntautuisemmin mikä hyödyntää potilaita.

Haastattelujen aikana keskusteltiin edellytyksistä varhaisiin hoitosuuntelmakokouksiin, taidoista realistisen tavoitteiden laatimiseksi yhdessä potilaan kanssa, osa-tavoitteiden kirjaamisen merkityksestä ja siitä miten tavoitteet voidaan saavuttaa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Kuntoutus, Moniammatillinen työtiimi, Vanhusten hoitotyö

BACHELOR'S THESIS

Author: Jansson Gunilla

Degree Programme: Master degree in Turku

Specialization: Development and leadership

Supervisors: Thea Kusenius and Heli Vaartio-Rajalin

Title: Multi-professional working teams within geriatric rehabilitation

Date 11.10.2011

Number of pages 30

Appendices 4

Summary

Outgoing from a project concerning rehabilitation of elderly, within the Geriatric clinic at Ålands Hälso- och sjukvård, this thesis is about improving communication between different professions, and to create a better way to work with rehabilitation. The purpose of the study is to start with multi-professional rounds, to support the patient in the rehabilitation process and to examine the presumptions for the rounds to be executed. The multi-professional rounds have been tested during 8 months and during this time this work has been evaluated.

The research was made through a qualitative focus group interview. The informants were in total 13 persons and among these different professions where present. The result shows that the multi-professional rounds have worked well. It has created a greater understanding between the professional groups and a greater commitment for the rehabilitation process. The motivation among the staff has improved in the way that they feel like a part of the whole team and they have a feeling of being able to influence their work in another way than before the project began. Their work is more structured and more focused on rehabilitation which benefits the patients.

The presumptions of early care planning meetings, the knowledge of how to put up realistic goals together with the patients and the importance of documenting goals for the patients in the patient charts and how to reach the goals was discussed during the interviews.

Language: Swedish

Key words: Rehabilitation, Multi-professional teamwork, Elderly

care

Innehåll

1. Inledning.....	1
2. Syfte och frågeställningar.....	2
3. Teoretisk bakgrund.....	2
3.1 Rehabilitering.....	3
3.2 Teamarbete.....	4
4. Salutogent synsätt.....	6
5. Projektets bakgrund.....	8
6. Ledarens roll i utvecklingsarbete.....	10
6.1 Förändringsprocessen.....	12
7. Metod och genomförande.....	14
7.1 Val av metod.....	14
7.2 Urval.....	15
7.3 Genomförande av undersökningen och transkribering.....	15
8. Validitet och reliabilitet.....	16
9. Etiska aspekter.....	17
10. Undersökningens resultat.....	18
10.1 Delaktighet.....	19
10.2 Resurser.....	21
11. Sammandrag av undersökningen.....	24
12. Diskussion.....	25
Litteraturförteckning.....	29
Bilagor	

1. Inledning

Det Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE 2008-2011) har som ett mål att förbättra de äldres välbefinnande och funktionsförmåga. I Ålands Landskapsregerings slutrapport om äldreomsorg hävdas att tjänster och utförandet av dem, när det gäller vård av äldre, bör utvecklas ur ett klientperspektiv som till exempel att stärka ett rehabiliteringsinriktat grepp inom vård och omsorg. Den grundläggande filosofin inom äldreomsorgen är att äldres intressen och behov ställs i centrum för vård och omsorg.(Ålands Landskapsregering 2006).

Lagen om patientens ställning och rättigheter (17.8.1992/785) förordar att varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Inom hälso- och sjukvården skall vid behov utarbetas en plan för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering eller någon annan motsvarande plan. Patienten har rätt till upplysning om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse samt olika vård- och behandlingsalternativ.

Ålands Hälso- och sjukvårds (ÅHS) långvårdsenhet Gullåsen blev i januari 2011 ÅHS Geriatriska klinik. Planerna är att kliniken skall år 2013 bli ett geriatriskt sjukhus och rehabiliteringscenter, där målet är att ha en majoritet av korttidsvård och där man skall med befintliga medel ge en effektiv rehabilitering och på så sätt snabbare kunna skriva ut patienten till det egna hemmet eller annat boende. De nuvarande byggnaderna är inte lämpade att bedriva en välfungerande rehabilitering i och en ombyggnad vore av stor vikt. I väntan på nybyggnaden gick ÅHS styrelse under hösten 2010 ut till kliniken med en förfrågan om med vilka resurser man i dagsläge kan bedriva en bra rehabilitering. En projektgrupp tillsattes för att utreda detta. Samtidigt började gruppen diskutera vilka utvecklingsmöjligheter man kan förverkliga mot en mer specialiserad geriatrisk vård med de medel man har idag.

I den diskussionen kom förslaget upp att förändra dagens rondsysteem till en mångprofessionell rond. Jag har i mitt utvecklingsarbete valt att begränsa mig till utvecklingen av en mångprofessionell rond på våra avdelningar inom Geriatriska kliniken sett från personalens sida. Ett mångprofessionellt vårdteam kännetecknas av att det består av ett antal personer med kompletterande kunskaper som arbetar tillsammans för att nå

gemensamma och högt värderade mål (Blomqvist 2004). Patientens mål för rehabiliteringen uppnås mest effektivt av ett team av vårdpersonal med olika professionella bakgrunder som arbetar tillsammans med patienten. Dessa kan vara vårdpersonal, läkare, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopedier och socialskötare (Cameron & Kurrle 2002).

Rond förklaras enligt Nationalencyklopedin (NE) som en rundvandring, en arbetsform som sedan länge använts på vårdavdelningar på sjukhus (NE 2011). De traditionella ronderna på kliniken utgörs av läkare och sjukskötare samt för de patienter som har behov av stöd och träning även socialkurator, fysioterapeut och konditionsskötare. Ronderna genomförs en gång per vecka och övrig vårdpersonal får information om vad som framkommit genom dagsrapporteringen.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med utvecklingsarbetet är att inleda mångprofessionella ronder för den rehabiliterande patienten samt att evaluera det.

Frågeställningarna blir då;

Hur kan en mångprofessionell rond påverka rehabiliteringsprocessen? Vilka resurser behövs för en mångprofessionell rond?

3. Teoretisk bakgrund

Den teoretiska bakgrunden utgörs av artiklar och forskningar som handlar om rehabilitering och teamarbete. Forskningar om rehabilitering och teamarbete har sökts via PubMed, Google Scholar, DIVA och Ebsco. I och med att de mångprofessionella ronderna planerades att starta upp på avdelningarna tidigare än beräknat kom jag att ha väldigt lite underlag från tidigare forskningar om teamarbete att stödja mig på.

3.1 Rehabilitering

Rehabilitering är enligt Social- och hälsovårdsministeriet i Finland (2011) att tillhandahålla sig förmågan att klara sig på egen hand, att få livskvalitet, ha möjlighet att vara delaktig samt sysselsättning. Den medicinska rehabilitering som är en del av sjukvården innefattar undersökningar bland annat för att utreda rehabiliteringsbehov, vård av funktionsförmågan, rehabiliteringsperioder, hjälpmedelstjänster och anpassningsträning.

I en artikel skriven av Cameron och Kurrle (2002) beskrivs rehabilitering som en process som syftar till att återställa den funktionella förmågan hos en person med funktionshinder och där rehabiliteringsprogrammet är att hjälpa dem att hantera de dagliga aktiviteterna. Om detta inte är möjligt kan man minska den externa hjälpen i form av hjälpmedel och utrustning. Det är viktigt att vårdpersonal som arbetar med rehabilitering ska kunna känna igen en persons behov av rehabilitering och att hans eller hennes möjligheter att dra nytta av den. En bred helhetsbild är viktig när man bedömer en äldre persons behov av rehabilitering. Det är viktigt att veta hur personen fungerade innan sjukdomen uppstod för att kunna klargöra hur mycket man skall satsa på rehabiliteringen. När en familjemedlem insjuknar skapar det oro för de anhöriga och en viktig del i rehabiliteringen är att ge råd, lyssna och uppmuntra såväl patienten som de anhöriga. Rehabiliteringen bör ske i lämpliga miljöer. Utrymmena bör utformas med toaletter och badrum i närheten av patienten och vara utrustade för funktionshindrade. Det skall även vara lätt att komma in och ut ur toaletten med rollator eller rullstol.

I en forskning gjord av Engman och Lundgren (2009) vid två geriatriska strokeavdelningar i Västsverige har resultatet visat att patienterna förknippar rehabiliteringen med fysisk träning. Vardaglig träningen som att tvätta sig och klä sig är också rehabilitering som vårdpersonal utövar varje dag men som patienten inte uppfattar som rehabilitering. Undersökningen visade också att det är viktigt för patienterna att ha en bra kontakt med sjuksköterskan som kan undervisa och informera om sjukdom och prata om förutsättningarna för framtiden. Forskningen var en intervju som gjordes med totalt elva patienter som drabbats av stroke. Av dem var sju kvinnor och fyra män, medelåldern var 80år.

För rehabiliteringspatienterna gör man upp en rehabiliteringsplan som enligt Folkpensionsanstalten (FPA) skall innehålla uppgifter om sjukdomen, livssituationen, de

medicinska och funktionella olägenheterna, målsättningen med rehabilitering och kontaktpersoner. Planen skall beskriva åtgärderna och rehabiliteringstiden.

Arbetsgruppen *För en bättre vård för multisjuka äldre* har skrivit en artikel som tar fram betydelsen av att ge multisjuka äldre en bättre vård. De menar att det traditionella sjukdomsorienterade arbetssättet bör bytas ut till ett mer situationsbaserat förhållningssätt. Man måste se till verkligheten människan lever i och vad vi kan göra för att personens vardag skall fungera. Det måste skapas en vård där helhetssyn och generalistperspektiv är viktiga, en vård på de äldre multisjukas villkor. Mot bakgrund av detta har tre stora svenska läkarspecialitetsföreningar, Svenska föreningen för allmänmedicin (SFAM), Svensk internmedicinsk förening (SIM) och Svensk geriatrisk förening (SGF) skapat ett gemensamt policydokument. Dokumentet beskriver vikten av att se på helheten, inte bara de medicinska behoven för patientgruppen, gruppens behov av allmänmedicinsk generaliskunskap och geriatrisk kompetens och resursfördelning som stöder en utbyggd primärvård och vårdplatser med en god geriatrisk kompetens där man bedriver situationsorienterad vård. (Eklund-Grönberg m.fl. 2009).

Sammanfattning: Att stöda funktionsförmågan, rehabilitera och ge träning att klara det dagliga livet bygger på ett samarbete mellan vårdpersonalen och patienten. Vårdarna bör ha kunskap om hur patienternas liv ser ut före insjuknande för att kunna hjälpa dem att rehabiliteras tillbaka till deras vardagssituation. Många patienter förknippar rehabilitering med fysisk träning så det är av vikt att vårdarna kan motivera och upplysa patienterna om att även små dagliga övningar är rehabilitering.

3.2 Teamarbete

Andreas Terént (2010) är professor och överläkare vid Akademiska sjukhusets strokeenhet i Uppsala, en vårdavdelning där man enbart behandlar patienter med stroke. Sådana enheter har funnits i Sverige i trettio år och står under ständig utveckling. Personalen har expertkunnande och samarbetar multidisciplinärt. Enligt Terént är det ca. 40% av patienterna som på grund av olika omständigheter först hamnar på andra avdelningar före de kommer till strokeenheten och följderna av det kan göra att viktiga vårdinsatser fördröjs. På enheten arbetar personer från olika yrkesgrupper så som läkare, sjukskötare,

undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logoped, dietister, kuratorer och psykologer. Det är viktigt att strokepatienterna får en bedömning av olika professioner i teamet och man har bl.a. teamrönder minst en gång per vecka samt klara rutiner för tidig aktivering och rehabilitering. Den genomsnittliga vårdtiden på enheten är 10 dagar.

Mirjam Körner (2008) har undersökt multiprofessionella team i medicinsk rehabilitering. Multiprofessionellt samarbete anses vara en väsentlig kvalitetsaspekt för grupper som arbetar med medicinsk rehabilitering i Tyskland. Utan detta samarbete vid medicinsk rehabilitering kan det resultera i konkurrerande prioriteringar, onödiga och/eller dubbla kliniska undersökningar, tidsförlust, avsaknad av kontinuitet, åsidosättande av olika vårdenheter, stora kostnader och osäkerhet för patienten. Det rekommenderas en teamutveckling som en aspekt av organisationsutveckling i kvalitetsstyrningen. Körner beskriver två modeller som beskriver hur medlemmarna arbetar i ett team. Det första är ett multidisciplinärt team (mångvetenskapligt) där professionerna arbetar parallellt med tydliga roller, speciella uppgifter och där kommunikationen inte finns eller är dålig med medarbetarna. Den andra modellen är interdisciplinärt (tvärvetenskapligt) team som träffas regelbundet för att diskutera behandlingsmål för patienten och gemensamt utföra behandlingen. Kommunikationen är hög inom gruppen. Undersökningen som gjordes var att kartlägga gruppernas (de mångvetenskapliga, tvärvetenskapliga och en blandad grupp) uppfattning om lagarbete och framgång. Körners undersökning av gruppssamarbete visade att ett tvärvetenskapligt team uppnår bättre resultat än ett mångvetenskapligt när det gäller processarbete som innehåller t.ex. kommunikation, uppgifter och samarbete men samtliga grupper önskade kommunikationsträning. Studien har visat hur viktigt det är att analysera grupperna för att identifiera svagheter i gruppens struktur, team processen och teamets framgång. Forskningen är en tvärsnittsstudie där tolv multiprofessionella medicinska rehabiliteringsteam har analyserats. Körner har använt sig av telefonintervjuer, kartläggning av gruppernas medlemmar och korta frågeenkäter.

Olupeliyawa m.fl. (2009) har i en litteraturstudie om lagarbete inom hälsovården och hälsovårdsutbildningen kommit fram till att teamarbete är nödvändigt för att ge en effektiv hälso- och sjukvård samt att minska riskerna för att misstag görs. Teamarbete förbättrar patientens likaväl som personalens tillfredsställelse. Ett sjukvårdsteam är ett lagarbete mellan olika professioner som kompletterar varandra, kan samarbeta och kommunicera och ta gemensamma beslut mot en förbättrad patientvård.

Blomqvist (2009) har i en litteraturstudie om mångprofessionella arbetsteam kommit fram till att medlemmarna i ett sådant team kan se teamarbetet som lämpligt då det gäller att ge hög vårdkvalitet för patienter med komplexa vårdbehov. Syftet med ett mångprofessionellt arbetsteam är att skapa ett viktigt forum vad gäller beslut och samordning i patientarbetet. Men team medlemmarna kan också se ett hot mot yrkesmässig självständighet och att man kan uppfatta teamarbete på olika sätt vilket kan försvåra arbetet i teamet. Risken finns också att de olika professionerna vill överglänsa varandra när det gäller att möta patienternas vårdbehov vilket kan leda till en sämre sammanhållning i teamet. En förutsättning för ett bra teamarbete är att man har en gemensam vårdideologi, att man har en gemensam bild av vad god kvalitet i vården är. Otydlighet om vad vårdideologin och målsättningar är kan leda till problem i teamet. Medlemmarna behöver skapa sig en tydlig bild av varandras roller och kompetens. Studien visar också att fördelningen av inflytande i teamet är en viktig del hur arbetet gestaltar sig. Det behövs jämlikhet i diskussionerna som förs och i de beslut som skall fattas. Man har kommit fram till att det som traditionellt kallas högstatusprofessioner talar mer än lågstatusprofessioner. Man har kommit fram till att personer med högre utbildning deltar mer i diskussionerna än personer med lägre utbildning. För att nå en bra jämvikt i diskussionerna behöver man ett strukturerat arbetssätt.

Sammanfattning: Teamarbete är en grupp personer med olika professioner som arbetar mot ett gemensamt mål vilket kan leda till en effektivare vård och där patienten skall vara en del i teamet. Ett multiprofessionellt samarbete är en väsentlig kvalitetsaspekt inom rehabilitering. Att arbeta i team ökar kommunikationen och samarbetet mellan professionerna men det kan också finnas svårigheter att arbeta i team vilket gör att arbetet bör vara väl strukturerat.

4. Salutogent synsätt

Antonovsky förklarar att den salutogena infallsvinkeln betyder att man studerar skillnaden mellan hälsa och ohälsa. De tre centrala delarna i Antonovskys syn på känsla av sammanhang är *begriplighet* som syftar på hur man kan se på omgivningen som ordnad, sammanhängande och tydlig, *hanterbarhet* som ger en känsla av tillförsikt och att man upplever att det står resurser till ens förfogande och den tredje komponenten är

meningsfullhet som han också kallat motivationskomponent, att man kan få en uppfattning om att det finns utmaningar som är värda att engagera sig i. (Antonovsky 2005,s. 42-47).

En uppsats skriven av Lindström och Eriksson (2005,s. 440-442) har som syfte att förklara och förtydliga den salutogena teorin. Enligt dem menar Antonovsky att salutogenesis inte begränsas till en disciplin utan det är fråga om samstämmighet mellan fler discipliner. Likaså är det inte heller enbart fråga om personer utan en interaktion mellan människor och samhälle. Teorin kan användas på en enskild person, en grupp eller på samhällsnivå. Salutogent synsätt är motsatsen till det patogena där fokus ligger på att se hinder och brister. *Känsla av sammanhang* beskrivs som en förmåga både för vårdteamet, patienten och dess anhöriga att förstå hela situationen och förmågan att använda tillgängliga resurser när det gäller sammanhanget mellan total ohälsa och hälsa. Denna kapacitet är en kombination av människans förmåga att bedöma och förstå den situation de befinner sig i, att finna en mening att gå mot en hälsofrämjande riktning och att ha kapacitet att göra det.

Hult och Waad (2004) har utarbetat en salutogen ledarskapsmodell och de har utgått från faktorer som på olika sätt påverkar känslan av sammanhang. *Begriplighet* skapar trygghet hos personalen och genom förståelse kan de utveckla sin kompetens, det vill säga de kunskaper och färdigheter som används i arbetet. Det behövs strukturella ramar inom organisationen och dessa ramar kan vara ekonomi, organisation, tid och resurser. Det är ledarens sak att göra dessa ramar tydliga. *Hanterbarhet* syftar på att ta fram medarbetarnas resurser och förmågor som kan stärka självkänslan, motivationen och arbetsglädjen. *Meningsfullhet* är en motivationsskapande komponent. Man bör ge medarbetarna en möjlighet att styra och påverka sitt arbete. Det gör att alla känner sig delaktiga i den process som för organisationens utveckling framåt. Hult och Waad har sammanfattat det salutogena ledarskapet som ett ledarskap där personalen har möjlighet att utveckla sin kompetens, motivation, lust och välbefinnande.

Hult (2008) menar att det salutogena ledarskapet förhåller sig till relations-, uppgifts- och situationsorienterat ledarskap. Han berättar om tre ledarstilar som inte är motpoler utan som alla har betydelse. Det *Relationsorienterat ledarskapet* som påverkar i grunden de anställdas hälsa. Man koncentrerar sig på att utveckla förtroende, relationer, samarbete och har en öppen kommunikation. Det är också viktigt att möjliggöra för de anställda att ha kontroll över arbetsmiljön, att själva fatta beslut och att skapa förutsättningar för delaktighet. I det *Uppgiftsorienterade ledarskapet* koncentrerar man sig på att klargöra

arbetsuppgifterna och att arbetet blir gjort och i *Situationsperspektivet* handlar ledarskapet om situationsanpassad struktur och att ledarskapet måste vara flexibelt och anpassa sig efter vad som krävs av situationen och hur gruppen ser ut.

Sammanfattning: Salutogent synsätt är att kunna förklara för patienten hans/hennes sjukdomsförlopp och vikten av rehabilitering samt att kunna motivera patienten till att använda de resurser den har. Ett salutogent ledarskap handlar bland annat om att sätta upp tydliga ramar för arbetet, lyfta fram personalens förmågor och att skapa motivation. Ett bra ledarskap påverkar personalens trivsel, förmågan att kommunicera och samarbeta på ett positivt sätt.

5. Projektets bakgrund

Geriatriska kliniken har tre vårdavdelningar, två avdelningar med 28 platser vardera och en demensavdelning med 12 platser. De två stora avdelningarna har multisjuka patienter med varierande sjukdomsbild. Avdelningarnas personal består av avdelningsskötare, biträdande avdelningsskötare, sjukskötare och närvårdare. Vardagar finns också på avdelningarna egna läkare, helger och kvällar är vi beroende av primärvårdens jourläkare.

Kliniken har tillgång till fysioterapeut, konditionsskötare, sysselsättningsterapi och socialskötare. Tillgång finns även till utökad fysioterapi, ergoterapi, logopedi och andra medicinska tjänster via specialistvården inom ÅHS.

Personaltätheten täcker ganska bra det behov vi har idag men med tanke på mer rehabilitering så skulle behovet av mer personal finnas. Ett önskemål som finns från avdelningarna är att vi skulle få en ergoterapeut till varje avdelning som skulle vara med i vårdarbetet.

I ÅHS styrelse protokoll från den 21.12 2010 står att läsa att ”styrelsen har tagit beslut att uppdra åt de verksamhetsansvariga att identifiera och genomföra de delar av rapporten som kan genomföras med nuvarande resurser i nuvarande lokaler, i linje med det som påbörjats”.

En projektgrupp bestående av mig själv som projektledare, två sjukskötare från vårdavdelningarna och en fysioterapeut tillsammans med klinikens överskötare och klinikens medicinskt ansvariga läkare som stödpersoner tillsattes under hösten 2010. Projektet startade upp i januari 2011 och beräknas pågå under hela året. Kriterierna för de patienter som är med i projektet är att de skall kunna rehabiliteras ut till det egna hemmet eller till annat boende som t.ex. serviceboende eller annan institution.

Under projektets gång började gruppen också fundera på olika sätt att förbättra arbetet på avdelningarna. Ett av förslagen var att se över vårt rondsysteem och då i första hand för rehabiliteringspatienter. Efter att ÅHS styrelse har gett klartecken för projektet samlades litteratur in angående rehabilitering och teamarbete. I mars 2011 startade det nya rondsysteemmet upp på prov på två avdelningar.

Projektgruppen arbetade fram en blankett (bilaga 1) som vi har använt på avdelningarna under veckoronderna. Blanketten är framarbetad för att passa våra äldre patienter och deras rehabilitering. Den stöder sig inte på tidigare använt material utan är baserad på våra egna erfarenheter av vilka uppgifter vi kan ha nytta av under ronderna. Vi använder blanketten för våra rehabiliteringspatienter under den mångprofessionella rondträffen. En utvärdering av blanketten kommer att göras vid årets slut och kommer då vid behov att ändras. En utveckling av ankomstintervjun skall utarbetas och den tillsammans med de olika yrkesgrupperna kan ge en vidare helhetsbild över patientens situation och vård.

Vår förhoppning är att rehabiliteringen kan bli effektivare och att patienten tidigare kan skrivas ut från avdelningen. Ett samarbete med en projektgrupp från Mariehamns stad har också inletts. De arbetar med hemrehabilitering och meningen är att de skall i ett tidigt skede komma in i patientvården och fortsätta den vardagliga träningen hemma hos patienten.

En annan viktig komponent för att rehabiliteringen skall bli effektiv är vår journalföring. Avsikten är att förbättra dokumenteringen i vårdplanen av patientens huvudmål och delmål.

Vårdprocessen ger en struktur över relaterade data om patienten till ett teoretiskt perspektiv och är på så sätt ett hjälpmedel när vårdandet skall evidensbaseras. Processen kan beskrivas i termer av datainsamling, planering, genomförande och utvärdering. (Wiklund 2003,s.222). Det är en vetenskaplig metod som går ut på att förena vetenskap och

vårdande. Vårdprocessen sammanbinder teori och praktik. Vårdare och patient sätter upp mål för att nå en optimal hälsa och i det ingår alltid delmål. Utvärdering och utveckling av processen är nödvändig. Processen fortgår kontinuerligt tills patienten uppnått optimal hälsa. Vårdprocessen omfattar följande faser; patientanalys, prioritering av vårdområde, val av vårdhandling, vård och vårdhandling samt klargörande av sambandet mellan de olika faserna. (Eriksson, 1988, s. 13-27).

Åke Rundgren (2003) menar att vårda äldre, multisjuka kräver goda kunskaper i geriatrik vilket ofta saknas hos läkare och vårdpersonal på speciellt akutavdelningar. Akutvård för äldre borde fokuseras på patientens fysiska miljö för att bland annat underlätta och stödja ADL-funktionerna. Miljön måste också stimulera patienten att klara sig själva så långt det är möjligt. En sjukdomsinriktad attityd är ofta ineffektiv hos äldre patienter med multipla kroniska sjukdomar. Inom geriatriken fokuseras besluten gällande patientens vård på hur dessa beslut kommer att påverka patienten i boendemiljö och vilka behov patienten har för att klara ett boende med lägsta möjliga omhändertagandenivå. Geriatriken är inriktad på hur patienten klarar ett liv utanför sjukhuset. Geriatrisk vård är teaminriktad och patienten kan ha glädje av kunnandet hos alla medlemmar i det multidisciplinära teamet.

6. Ledarens roll i utvecklingsarbete

En viktig del i utvecklingen är ledarens roll. Som projektledare och avdelningsskötare är det viktigt att själv vara motiverad och engagerad för att utvecklingen skall gå framåt och för att kunna motivera personalen till nytänkande. För att uppfylla förväntningar och påverka positiva föreställningar i personalgruppen behöver ledaren egenskaper som trovärdighet, att organisationsförändringar förmedlas från ledarskapsnivå på ett trovärdigt sätt och att ledaren själv har en övertygelse om att det är så här vi skall arbeta i vår organisation (Hult 2008).

Jag vill utveckla avdelningen till att bli en arbetsplats som har bra kommunikation mellan den egna personalen men också mot andra professioner. Min tanke är också att genom ett större samarbete så stärks yrkesrollens betydelse som i sin tur ökar motivationen i arbetet. Relationsorienterat ledarskap inriktar sig på samarbete, öppen kommunikation och att skapa förutsättningar för delaktighet (Hult 2008, s. 34). Alla yrkesgrupper är lika viktiga i

en vårdprocess oberoende av utbildning. Utvecklandet av ett effektivare och mer strukturerat vårdarbete gynnar patienten och i det här fallet rehabiliteringspatienterna att få en effektivare rehabilitering.

Det har under en tid förekommit repliker som talar om ”vi” och ”ni andra” när frågeställningar om vården kommer på tal. Det bör inte förekomma sådana situationer när vi alla arbetar mot samma mål, nämligen patientens bästa. Diskussionerna kan gå i ”vi” anda men då menat hela gruppen som arbetar med patienten och framför allt patienten själv inräknad. Genom att utveckla ronderna till en mångprofessionell rond hoppas jag kunna införa känslan hos samtliga i personalen att man tillhör den grupp som planerar för patientens vård men också att patienten själv känner sig mer delaktig i sin egen vård.

Sett ur ett salutogent synsätt innebär utvecklingsprocessen att ge personalen förståelse och kunskap om rehabilitering samt att utveckla deras egen kompetens. På så sätt ökar man motivationen och all personal känner sig delaktig i processen. Jag har som ledare ökat begripligheten genom att ge personalen möjlighet till studier i rehabilitering genom studiedagar, lyft fram hanterbarheten genom att motivera till utvecklingen och stärka personalens självkänsla samt ge meningsfullhet genom att ge personalen möjlighet att delta i ronderna och känna sig mer delaktiga i patientens vårdprocess.

Hult (2008) talar om processen *ställtids-intervention-reflektion*. Ställtids är tid att förbereda sig som t.ex. förberedande möten eller planeringsdagar, interventionen är det arbete vi utför och reflektionen går man igenom det man gjort och får nya tankar och idéer. Det är enligt den processen personalen har arbetat med projektet och utvecklingen. Det har planerats, utförts och nu genom detta arbetes undersökning reflekterats över.

För att dra nytta av de utvecklingspotentialer som finns krävs att det drivs ett ständigt och systematiskt utvecklingsarbete. Arbetet skall omfatta alla professioner som vårdar patienten men också patienten själv. Om ett förbättringsarbete inte lyckas kostar det mycket pengar och skapar en negativ bild bland dem som varit med. En negativ syn på förbättringsarbete försvårar för framtida projekt. Samtidigt kan ständiga förbättringar vara enda sättet att möta de utmaningar vården står inför. (Idvall & Olsson. 2009, s. 340).

Ett utvecklingsarbete utgår från genomtänkt användande av kunskap och skicklighet i förhållande till utvecklingens mål och syfte. Det kräver kunskap om probleminentifiering, beslutsfattande och kommunikativ skicklighet hos ledaren. Utvecklingen inom hälso- och

sjukvården utgår idag till stor del från politiska krav om besparing snarare än behov och önskemål från verksamheten om utveckling och förbättring. Att arbeta med utvecklingsarbete innebär att man som chef synliggör och utövar ett tydligt chefskap och ett tydligt ledarskap. Medarbetarna skall uppleva att det finns både styrning och ledning och att de båda krafterna leder mot ett bestämt mål som motiverar och gynnar verksamheten. (Lindholm 2005, s. 129-143). Som ledare bör man ge personalen eget ansvar och låta dem utveckla sina speciella intressen så att de upplever lust och arbetsglädje (Hult 2008).

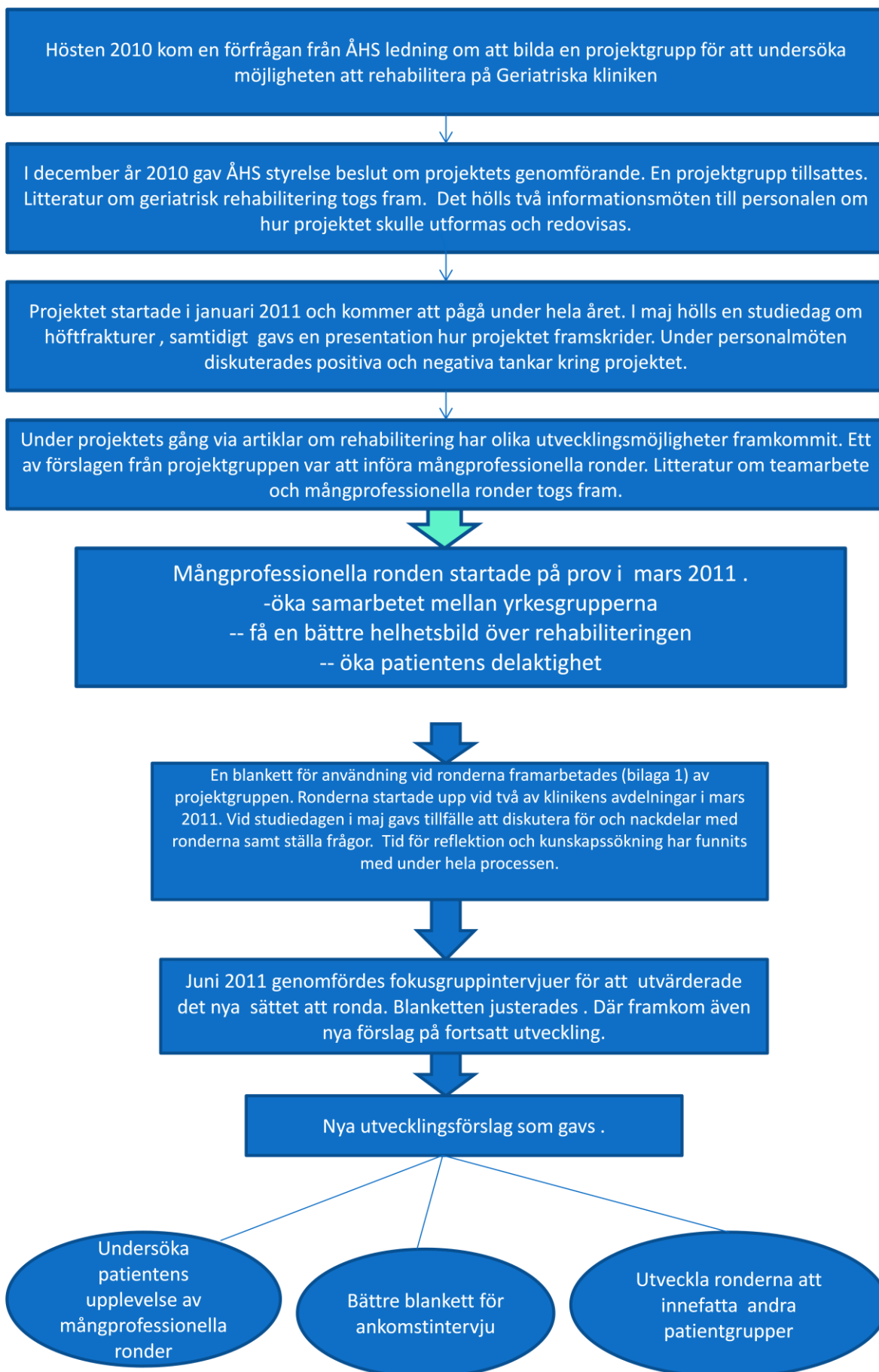
6.1 Förändringsprocessen

Figur 1 beskriver förändringsprocessen från starten hösten 2010 med projektet om rehabilitering som fortgår tills vidare. Under rehabiliteringsprojektets gång kom tankarna på att förändra våra ronder så att fler personalgrupper medverkar och samarbetet och kommunikationen mellan professionerna ökar. För att strukturera upp dessa ronder arbetade projektgruppen fram en blankett som stöd (bilaga 1).

De mångprofessionella ronderna är fortsättningsvis i utvecklingsstadiet och fokusgruppintervjuerna gav personalen möjlighet att utvärdera hur ronderna har påverkat rehabiliteringen, samtidigt gavs möjligheten att komma med förslag på förändring men också idéer på fortsatt utveckling. Utvärderingen redovisas längre fram i arbetet.

För att få ett fullständigt mångprofessionellt team borde en undersökning av hur patienterna upplever sin rehabilitering och sin delaktighet göras. De kanske känner sig mer delaktiga än vad vi som vårdpersonal uppfattar att de gör. I en förbättrad ankomstblankett kan även patientens egna mål för rehabiliteringen tas upp. Projektgruppen har också planer på att implementera de mångprofessionella ronderna till andra patientgrupper.

Informationsmöten och studiedagar har gett personalen möjlighet att komma med tankar och åsikter som varit värdefulla för projektets framgång.



Figur 1. Förändringsprocessen gång och utveckling (G. Jansson 2011)

Under projektets gång har jag arbetat utifrån ett salutogent ledarskap där det funnits möjlighet att utveckla personalens kompetens genom egna studier men också genom studiedagar i rehabilitering av frakturpatienter. Personalen har haft möjlighet till reflektion och diskussion på avdelningsmöten men också under kafferaster och personliga besök. Min egen motivation och engagemang till förändringsprocessen har jag försökt föra över till vårdpersonalen. Mitt ledarskap har utgått från Hults (2008) tre ledarskapsteorier, att skapa en bra kommunikation, klargöra arbetsuppgifter och vara flexibel och kunna anpassa sig efter hur situationen och gruppen ser ut.

7. Metod och genomförande

I följande avsnitt redogörs för vilken metod som valts för att genomföra undersökningen, vilka personer som deltagit, genomförande av intervjun och transkriberingen.

7.1 Val av metod

Jag valde att göra en fokusgruppintervju med fokusering på den personal som varit med under de mångprofessionella rondtillfällena. Mitt val av fokusgruppintervju gjordes med tanke på att jag vill ha en diskussion mellan de olika yrkesgrupperna för att ge svar på mina frågeställningar.

En fokusgrupp är en samling personer som under en begränsad tid får diskutera ett givet ämne med varandra. Gruppen leds av en moderator som startar diskussionerna och introducerar nya aspekter av ämnet om det behövs. Målet med en fokusgrupp är att de skall fritt diskutera med varandra. En fokusgrupp är en forskningsteknik där data samlas in genom gruppinteraktion runt ett ämne som bestäms av forskaren. (Wibeck, 2000, s. 9-23).

Undersökningen är en tillämpad forskning där jag som projektledare och avdelningsskötare är med och utvecklar det ämne som undersöks nämligen införandet av mångprofessionella ronder på vår klinik. Vill man undersöka något som kräver praktiska resultat bedriver man en tillämpad forskning (Patel & Davidson 1994, s. 8). Intervjun skulle vara som en diskussion kring ett visst ämne och ostrukturerade frågor användes (bilaga 3). En

ostrukturerad intervju kan bestå av ett brett ämne som bör täckas in och moderatorn går in med frågor enbart då ett ämne riskerar att hoppas över eller om det blir tyst länge (Wibeck 2000, s. 63).

Frågorna som användes togs fram som stöd i intervjuerna. De byggde på salutogent synsätt och skulle kunna ge svar på *begriplighet* - egen kompetens, struktur, *hanterbarhet* – resurser, motivation samt *meningsfullhet* – delaktighet. Med frågornas hjälp var meningen att få fram tankar och åsikter om rehabiliteringens betydelse för patienten och hur väl teamarbetet fungerar på klinikkens avdelningar. Frågorna gällde också patientens och anhörigas delaktighet. Dessutom fanns en förhoppning att kunna få fram nya idéer som kan användas i den fortsatta utvecklingen av rehabiliteringsprocessen. Från början var frågorna sju till antalet men efter intervjun med pilotgruppen togs en fråga bort på grund av att den var fel formulerad och gav samma svar som tidigare fråga.

7.2 Urval

Intervjun genomfördes med personal från två avdelningar på kliniken som hade infört de mångprofessionella ronderna. Den första gruppen, som också fick vara pilotgrupp, bestod av läkare, sjukskötare, närvårdare, sysselsättningsterapi och konditionsskötare, sammanlagt 8 personer. Den andra gruppen bestod av sjukskötare och närvårdare, sammanlagt 5 personer. Ett lämpligt antal personer i en fokusgrupp är mellan fyra och sex deltagare (Wibeck 2000, s. 50). En skriftlig inbjudan till intervjun skickades ut till avdelningarna och de som varit delaktiga i de mångprofessionella ronderna bjöds in.

7.3 Genomförande av undersökningen och transkribering

Den första intervjun var en pilotundersökning för att se om frågorna gav de svar som förväntades. Platsen för intervjun var ett konferensrum för att vara på neutralt område och varade cirka en timme. Om moderatorn och inte deltagarna är på hemmaplan kan samtalet komma att föras mer på moderatorns villkor än på deltagarnas (Wibeck 2000, s. 31). Intervjun bandades och samtidigt gjordes stödmeningar. Inför den andra intervjun togs en

av frågorna bort som visade sig ge samma svar som en tidigare fråga. Grupp två bestod av sjukskötare och närvårdare, sammanlagt 5 personer, och intervjun gjordes en vecka senare. Med i den gruppen var inte sysselsättningsterapin och konditionsskötarna, de arbetar på bägge avdelningar och tyckte att de redan hade givit sina synpunkter i den första intervjun. Även den intervjun pågick cirka en timme.

Efter intervjuerna gjordes en förkortad transkription. Vissa delar av bandningen hördes väldigt otydligt och togs inte med i transkriptionen, inte heller sådant där diskussioner fördes om olika patientexempel eller sådant som inte hörde till undersökningen. En förkortad transkribering är en analys som baserar sig på bandet där en sammanfattning gjorts och kommentarer som relaterats till diskussionsämnet har skrivits ner (Wibeck, 2000, s. 85). Av pilotundersökningen fick jag fyra nedskrivna ark text och den andra intervjun gav tre och en halv sida text.

Efter transkriberingen gjorde jag en helhetsanalys och sökte gemensamma uttalanden från bägge grupper och skrev en sammanfattning men tog också med nya idéer och förslag som kom upp. En helhetsanalys innebär att vi ser till helheten och väljer ut vissa teman man arbetar med, andra aspekter berör man inte (Holme & Solvang 1997, s. 141).

De gemensamma teman som söktes var betydelsefullhet och resurser. Påståendena sorterades efter dessa och skrevs in under forskningsfrågorna.

8. Validitet och reliabilitet

God validitet innebär att man har undersökt det man menar att undersöka och god reliabilitet att man gör det på ett tillförlitligt sätt (Patel och Davidson 1994, s. 85). Avsikten med min intervju var att få reda på hur de mångprofessionella ronderna påverkar rehabiliteringsprocessen och vilka resurser vi har för en mångprofessionell rond. Deltagarna i pilotundersökningen och den påföljande intervjun var personal som varit delaktiga i de mångprofessionella ronderna och på så sätt också kollega till mig som moderator. Pilotundersökningen visade sig ge de svar jag hade förväntat mig därför kunde jag använda mig av samma frågor till följande grupp. En fråga tog jag däremot bort på grund av att den var fel formulerad och gav samma svar som en tidigare fråga. Diskussionerna var lite tröga i början och det gav en känsla av att deltagarna inte riktigt vågade öppna sig för varandra. Jag har senare tänkt på om svaren skulle varit annorlunda i

en enkätundersökning med öppna frågor eller en intervju med enbart en profession i gången.

Tillförlitligheten, reliabiliteten i en intervju är relaterad till moderatorns förmåga att hålla intervjun (Patel och Davidson 1994, s. 87). Som moderator försökte jag hålla mig helt neutral i diskussionerna och inte på något sätt påverka deltagarna i vad som förväntades av dem. Intervjuerna bandades och transkriberades efteråt, jag hade också gjort egna anteckningar som jag kunde jämföra med svaren i intervjun. En sak som sänkte reliabiliteten var de svar som på grund av otydlighet på bandningen inte kunde tas med.

9. Etiska aspekter

Forskning som har med samhälle eller människor att göra innebär etiska problem. Respekt för medmänniskor är en grundläggande utgångspunkt för all forskning. Det innebär att man i arbetet skyddar fysisk och psykisk integritet för den person som bidrar med information. Tystnadsplikten måste följas strikt och man måste säkerställa att andra personer inte kan få reda på vem svarspersonen är. De skall heller inte luras att delta utan själva ta ställning till om de vill delta. Oberoende hur strikt man håller på det här måste man vara på det klara med att man gör något med svarspersonerna. Man kan skapa förväntningar som inte kan uppnås eller som man inte tänkt åtgärda, starta processer som man inte har möjlighet att följa upp och man kan få individer att lämna ut sig själva på ett sätt de inte tänkt sig. (Holme & Solvang 1997,s.32).

En förutsättning för att en forskning skall vara etiskt godtagbar och tillförlitlig är att den görs med god forskningspraxis. Forskaren skall uppvisa ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet. Undersökningsmetoden skall vara i enlighet med kriterierna för vetenskaplig forskning och etiskt hållbara samt att i egen forskning och dess resultat ta hänsyn till andra forskares resultat och respektera dem. God forskningspraxis innebär också att forskningen planeras, genomförs och rapporteras i detalj som kraven förutsätter, att man innan forskningen inleds informerar alla berörda om rättigheter, skyldigheter och delaktighet, uppger finansieringskällor och bundenhet samt iakttar god förvaltningspraxis och god personal och ekonomiförvaltning. (Forskningsetiska delegationen, 2002/2004).

Forskningslov (bilaga 4) söktes och beviljades skriftligt i maj 2011 av ÅHS vårdchef. I ansökan om forskningslov beskrevs syftet med undersökningen och tillvägagångssättet. Ansökan gällde också att få genomföra intervjuerna under ordinarie arbetstid vilket inte skulle innebära extra kostnader för arbetsgivaren. Till forskningslovet bifogades de frågor som skulle tas upp under intervjun.

Inbjudan till intervjun samt de frågor som intervjun skulle bygga på skickades ut till de två största avdelningarna på kliniken så att personalen i förväg kunde fundera över de frågeställningar jag hade. Inbjudan förklarade att intervjun var frivillig och berättade om syftet och målsättningen med undersökningen. Den innehöll även ett skriftligt samtycke av deltagarna att få använda svaren i mitt arbete samt en försäkran om att svaren behandlades anonymt samt skulle förstöras efter sammanställningen.

Intervjuerna bandades och före intervjun startade förklarade jag på nytt hur jag skulle använda materialet och risken med att det inom en liten klinik ändå går att räkna ut vem som deltagit. Här hade deltagarna möjlighet att lämna intervjun om de ville.

Efter att intervjun sammanställts fick alla berörda som varit med på intervjun en möjlighet att läsa igenom det transkriberade materialet. De som läst intervjun har gett sitt skriftliga godkännande till att jag använder materialet.

Ur ekonomiskt syfte kostade inte undersökningen forskaren eller arbetsgivaren något extra. Deltagarna som ställde upp fick göra det på ordinarie arbetstid och den teknik som användes var ÅHS egen.

10. Undersökningens resultat

Här presenteras de svar som framkom under de två intervjutillfällena. Svaren är uppdelade efter undersökningens frågeställningar, ”Hur kan en mångprofessionell rond påverka rehabiliteringsprocessen och vilka resurser behövs för en mångprofessionell rond?”.

10.1 Delaktighet

Hur kan en mångprofessionell rond påverka rehabiliteringsprocessen?

Bägge grupper tycker att det har fungerat bra när man kom in i sättet att arbeta.

”det har fungerat bra men tog ett tag innan ronderna hittade sin form”

”överlag har det fungerat jättebra för man har fått mera fakta med dom här ronderna”

Närvårdarna känner sig på ett annat sätt mer **delaktiga** i vården. De har fått en större helhetsbild av patientens vård. Sysselsättningsterapin är glad att få vara med, de får en helt annan kunskap om patienterna och det känns **betydelsefullt** att få vara delaktig i ronderna. Fysioterapin tycker också att det är väldigt betydelsefullt att man är med och får höra allas åsikt om en patient. Genom att sammanföra fler personalgruppers erfarenheter och kompetens får man en mer fördjupad och sammansatt bild av patientens all skiftande behov.

”det har fungerat jättebra för man blir automatiskt mera med i patienten och man är tvungen att sätta sig mera in i patienten”

*”det är intressant att se hur ronderna går till och att man ju kan **påverka** lite själv också”*

*”man **engagerar** sig mera efteråt för man vet var påhitten kommer ifrån, det är inte bara något nån säger vad man ska göra utan det finns en mening med allt”*

”det är bra att man får sätta sig ner och träffa fysion och sysselsättningen och inte bara träffas i korridoren”

Grupperna tyckte att det är ett bra sätt att kartlägga patientens behov men risken är att det sväller ut. Vårdpersonalen på en av avdelningarna anser att det är viktigt att det i ett tidigt skede sätts ut på schemat vilka som skall vara med på ronderna. Gruppen berättade att deras läkare är positiva till de mångprofessionella ronderna, det ställer lite krav på dem att leda en drivande och strukturerande rond. Det talades också om att noggrannare skriva huvudmål och delmål i vårdplanerna som gör att man får ett mer strukturerat arbete. Viktigt är dock att inte sätta upp för höga mål i början.

Närvårdarna upplever att de får mer information om patienterna och känner sig mer delaktiga i rehabiliteringsprocessen.

”inputen vi får av närvårdarna är en viktig del i ronderna och skall man formulera mål för patienterna är det viktigt att alla är delaktiga i dem”

Man upplever inte att de andra patienternas rondtid har blivit lidande, möjligtvis en del av fysioterapins rapportering över deras träning. Det fokuseras mer på rehabiliteringspatienterna.

De andra patienterna kommer nog lite i kläm, det medicinska tas absolut upp men sådant som diskuteras runt detta har minskat. Den totala rondtiden är den samma som tidigare.

”det är några få patienter som man arbetar mer med och de andra tar man lite så där efter vad det finns tid känns det som”

”Jag tror att det skulle vara värdefullt för andra patientkategorier att få sina problem belysta ur olika perspektiv, för att sedan kunna ge även dessa grupper en mer sammansatt vård”.

Patienterna och de anhöriga är för lite med i planeringen. Det skulle vara viktigt med ett **tidigt vårdplaneringsmöte** så att patienten får en klar överblick hur man arbetar med rehabiliteringsprocessen.

”det är en bra poäng – det blir nog lite bestämt från ovan”

Man har noterat att många patienter inte förstår att det egna arbetet är en del i rehabiliteringen, de tycker att personalen ingenting gör när de inte får hjälp. **De anhörigas del i vårdplaneringen är liten i nuläge men en sak man anser att man behöver förbättra.**

”vi måste få patienterna att förstå att vi arbetar som ett team, att när fysion är ledig så tar ju vi över, nu tror dom att när det är helg så blir det ingenting förrän på måndag”

Uppfattningen var nog att patienterna är för lite delaktiga i sin målsättning. Förslag kom på att vid **intagningsintervjun komma fram till ett huvudmål tillsammans med patienten.** De anhörigas roll är viktig i rehabiliteringsprocessen men ganska vanligt är att patienten, anhöriga och vårdpersonalen kan ha olika uppfattning om målsättningen.

”det har vi märkt att vi har ett mål och patienterna ett annat”

”anhöriga har väldiga förväntningar på vistelsen, det kan krocka med verkligheten”

10.2 Resurser

Vilka resurser behövs för en mångprofessionell rond?

I en av grupperna tyckte de närvårdare som intervjuades däremot att det tog för mycket tid från deras arbete ute på avdelningen och att det gav dåligt samvete gentemot sina arbetskamrater. Det får inte kännas stressande att vara med utan man skall i lugn och ro kunna sitta ner och planera vården.

”har varit ett lyft för rehabiliteringspatienterna”, ” man ska inte vara med bara för att ge utan man ska kunna få någonting med sig därifrån också”.

Ett problem i början var att rehabiliteringspatienternas rond tog för lång **tid**, de andra patienternas rondtid blev för kort. Ett förslag som kom upp var att ändra tiderna för teamronderna så fler närvårdare kan vara med för det är de som är mesta tiden hos patienterna och har den närmaste kontakten till dem.

Fysioterapin tycker också att det är viktigt att få en bättre **helhetsbild** om hur vården fungerar alla dygnets timmar, inte bara tiden i gymnastiksalen eller då de är på avdelningen och arbetar med patienterna.

Det framkom också hur viktigt det är med **fullständiga dagsrapporter** där huvudmål och delmål tas upp varje gång.

Rehabiliteringsprocessen har påverkats genom att **alla följer samma mönster bättre**. Det sattes upp för höga mål i början men man har fått målsättningar och de skrivs in i vårdplanerna. Man önskar **mer samarbete** mellan vårdpersonalen och fysioterapin så att patienterna ser att de arbetar på samma sätt och mot samma mål.

”som det nu är så arbetar alla med sitt och vet inte vad den andra gör eller hur de tänker”

*”om patienten frågar om någonting så ska alla kunna svara för vi **arbetar mot samma mål**”*

Viktigt är också att ge ordentliga dagsrapporter över vad patienten kan och har gjort. I stället för att som man ofta gör idag berätta att patienten skött sin ADL själv så borde man skriva utförligare exakt vad de gjort.

Ett önskemål är att få **mer träningsredskap** till avdelningen och ett gemensamt hjälpmedelsförråd som innehåller mer hjälpmedel än vad det gör idag.

En av avdelningarna har haft mindre antal rehabiliteringspatienter, som har uppfyllt kraven att vara med i utvecklingsprocessen för mångprofessionell rond, och det har gjort att det varit svårt att se i nuläge effekterna av det nya rondsystemet. Personalen var överens om att **delmålen följdes bättre** nu än tidigare och att det **skrivs mer delmål** än förut. Sysselsättningen tycker att det är **lättare att motivera patienterna** till aktivitet då man vet mer om patienterna och vad de skall uppnå för mål och att kunna motivera till patientens intressen gynnar ju rehabiliteringen.

”det går snabbare att komma till punkt i rehabiliteringen, man ser snabbare när man kanske kan sluta rehabilitera eller om man ska fortsätta”

”lättare att se att nu har vi nått så långt vi kommer”

”det som varit svårgreppbart är nu lättare att greppa”

”bra att veta hur patienten skall tränas tex om patienten skall uppmanas att gå så är det bra att veta så man inte sätter dom i rullstol så fort man ska någonstans”

Sysselsättningsterapin kan göra mycket träning i sitt arbete som tex. fingerövningar, sittdans m.m. När de får höra vilken träning patienten är i behov av kan de anpassa sitt arbete och hitta på aktiviteter som gynnar rehabiliteringen.

Närvårdarna kan ge en bättre rapport över patientens förmåga till rehabilitering genom att de är de som står patienten närmast och vistas tillsammans med patienten mer än sjuksköterna.

”De bidrar dels genom att belysa patienternas förmåga att aktivt kunna delta i det sociala sammanhanget, samt tillföra uppgifter om dennes fysiska förmåga har förbättrats, stannat upp eller på något sätt försämrats under rehabiliteringsperioden”.

En utveckling som inte direkt hör till ronderna men som ändå är viktig är att se över **personalens gruppindelning i vårdarbetet**. För att kunna ge en bättre rehabilitering så borde samma personal arbeta flera dagar i sträck med samma patient. En tanke som kom upp var att de patienter som är inne för en kortare rehabilitering, tex två veckor, skall ha möjlighet att få **samma personal** under de veckorna, då blir hela teamet samlat och träningen blir intensivare. Man sätter ihop ett litet team runt rehabiliteringspatienten.

Den här avdelningen har samarbetat med hemrehabiliteringsgruppen och tycker att det fungerar riktigt bra.

Den blankett som används vid ronderna borde uppdateras och det skall göras små förändringar. Önskemål finns att den skall kunna infogas i vårt elektroniska journalprogram.

En vårdplanering där patienten och anhöriga är med borde göras ganska snart då patienten kommer in till avdelningen.

”att ha som system att ha en tidig vårdplanering där man lägger upp en gemensam plan, det tar lite tid men det brukar vara en investerad tid. Vi ska kunna ha det som rutin för att kunna förebygga vissa problem”.

Man kan utveckla detta koncept till att gälla även de palliativa patienterna. Där kan man ju också arbeta med olika typer av målsättning.

Önskemål finns om att få en ergoterapeut som är knuten till avdelningen och som kan vara med i den dagliga vården.

Genom att man upplever och tolkar patienterna olika skulle det vara bra att fler skulle vara med på ronderna för att man lättare skall kunna komma mot ett **gemensamt mål**. Om delmål har satts upp som är svåra att uppnå finns det större möjlighet att ändra på detta om fler vårdare är med och diskuterar. Det är viktigt att man inte sätter så höga mål från början och att patienten själv är med och sätter upp sina mål.

11. Sammanfattning av undersökningen

Undersökningen visar att mångprofessionella ronder upplevs som något positivt och som ger personalen en större samhörighet och delaktighet. Ett tvärvetenskapligt team uppnår ett bra resultat när det gäller processarbete som innehåller kommunikation, uppgifter och samarbete (Körner 2008).

Effektiviteten i rehabiliteringsprocessen ökar genom att speciellt närvårdarna och sysselsättningsterapin känner sig mer delaktiga i vården och de har en chans att påverka hur vården läggs upp. Närvårdarna känner sig mer engagerade i vårdprocessen. Effektiviteten ökar också då vårdarna är mer noggranna vad gäller att sätta upp delmål och huvudmål för vården. Olupeliyawa A. m.fl. (2009) har i sin studie kommit fram till att teamarbete är nödvändigt för att ge en effektiv vård samt att samarbetet ökar och kommunikationen blir bättre.

Helhetsbilden över patientens resurser och hinder över dygnets alla timmar kommer bättre fram. Mer kunskap om patienterna ger alla personalgrupper större möjlighet att hitta bra rehabiliteringsformer till patienten. Att helhetsbilden av patienten är viktig för att kunna bedöma patientens behov av rehabilitering skriver både (Eklund-Grönberg m.fl.2009) och (Cameron&Kurrle 2002) om.

När det gäller patientens och de anhörigas delaktighet var uppfattningen att patienten nog är för lite delaktig i sin egen vårdplanering. Tidigare planeringsmöten där patienten och anhöriga är med borde införas. Det skulle också kunna få patienten att förstå rehabiliteringsprocessen på ett bättre sätt. Vårdprocessen binder samman teori och praktik där vårdare och patient sätter upp mål för vården (Eriksson, 1998).

Samma resultat som (Engman och Lundgren 2009) kom fram till i sin forskning att patienterna ofta uppfattar rehabilitering som enbart fysisk träning framkom även i denna undersökning. Patienterna har svårt att förstå att daglig träning är rehabilitering och att det inte enbart är fysioterapin som tränar utan att det även är träning under den tid som fysioterapin är ledig men då med vårdpersonalen.

Effekten av teamronderna har blivit att arbetet är mer strukturerat och alla följer bättre de mål man satt upp för vården. Sysselsättningsterapin tycker att det är lättare att motivera patienterna till träning och lättare att hitta en passlig aktivitet då de känner till mer om

patienterna. Det är svårt att i nuläge se en tydlig effekt genom att det inte varit så många rehabiliteringspatienter sedan projektet startade men det är lättare att sätta tidsgränser genom att strukturerna har blivit bättre. Den geriatriska vården bör inrikta sig på hur patienten skall klara ett liv utanför sjukhuset, inte enbart ha en sjukdomsinriktad attityd (Rundgren 2003).

Resurserna är att det upplevs ha blivit ett bättre samarbete mellan professionerna och att alla följer samma mönster bättre än tidigare. En negativ syn var dock att närvårdarna tycker att ronderna inverkar för mycket på deras tid för patienterna, de får dåligt samvete gentemot sina kolleger. Deltagarna var överens om att det skrivs mer delmål än förut men att man kan bli ännu bättre. Att sätta upp mål beskrivs av Eriksson (1998) som en del av vårdprocessen och skall fortgå till patienten uppnått optimal hälsa.

Det upplevs också lättare att motivera patienterna till olika aktiviteter när man fått en bättre helhetsbild av patienten. Den delen upplever i första hand de yrkesgrupper som inte arbetar dagligen ute på avdelningarna som fysioterapin och sysselsättningsterapin. (Eklund-Grönberg m.fl. 2009) och Cameron och Kurrle (2002) skriver också om att helhetssynen och att man ser till verkligheten är viktig för att patientens vardag skall fungera.

En viktig resurs för en bra rehabilitering är vårdplaneringsmötena där anhöriga och patienten deltar. Deltagarna önskade att det första mötet skulle ske relativt snabbt då patienten kommer till avdelningen för att patientens och anhörigas delaktighet skulle bli större. Folkpensionsanstaltens beskrivning av vad en rehabiliteringsplan skall innehålla passar också in i rehabiliteringen av äldre på institution.

För att öka resurserna för en bra rehabilitering behöver man på avdelningarna se över hur grupperna sätts ihop i det dagliga arbetet. Att samma grupp vårdare arbetar kontinuerligt med samma patient gör att gruppen och patienten lär känna varandra bättre. En ergoterapeut som är knuten till avdelningen är en stor tillgång för rehabiliteringen.

12. Diskussion

Vården av äldre bör utvecklas mot ett mer rehabiliteringsinriktat synsätt enligt Ålands Landskapsregerings äldreomsorgsrapport (2006).

Rehabilitering är att tillhandahålla sig förmågan att klara sig på egen hand (Social- och hälsovårdsministeriet 2011) och beskrivs enligt Cameron och Kurrle (2002) som en process för att återskapa den funktionella förmågan hos en person med funktionshinder. Eklund-Grönberg m.fl. (2009) menar att man bör byta det traditionella sjukdomsorienterade arbetssättet mot ett mer situationsbaserat synsätt. Antonovskys (2005) salutogena tänkande innebär att inte bara se patientens ohälsa utan att också kunna ta tillvara dess hälsa.

Då vi inom Geriatriska kliniken fick frågan från ÅHS styrelse hur vi med de resurser vi har i dagsläget bedriva en bra rehabilitering började vi i projektgruppen fundera på hur vi kan utveckla vårt arbete med de små resurser vi har. Tillsammans med klinikens ansvariga läkare kom vi fram till att på prov införa mångprofessionella ronder för att ta tillvara den kompetens som finns bland personalen och få ett bättre samarbete mellan professionerna. Mångprofessionella team används enligt Terént (2010) och Körner (2008) för att öka kvaliteten inom vård av rehabiliteringspatienter.

De mångprofessionella ronderna blev då mitt utvecklingsarbete inom ramen för utbildning i utveckling och ledarskap inom social- och hälsovård. Syftet med utvecklingsarbetet var att inleda mångprofessionella ronder för den rehabiliterande patienten samt att evaluera det.

Vid informationsmöten för personalen om rehabiliteringsprojektet och de mångprofessionella ronderna ställdes frågor som ”hur skall vi (närvårdare) kunna bidra med något?” och ”hur skall vi hinna?”. Hult och Waad (2004) skriver om salutogent ledarskap som skall kunna skapa trygghet och förståelse, ta fram resurser hos personalen, stärka motivationen och ge personalen möjlighet att vara med och påverka. Min tanke som avdelningsskötare och projektledare var att genom dessa informationsmöten förklara och ge tydliga ramar för hur utvecklingen skall rent konkret skall gå till väga samt motivera personalen att verkligen ta chansen att få vara med och planera för patientens vård. Jag har arbetat utifrån de tre ledarstilarna som Hult (2008) beskriver, relationsbaserat ledarskap som koncentrerar sig på förtroende, samarbete och öppen kommunikation, uppgiftsorienterande som handlar om att klargöra uppgifter samt situationsperspektivet som skall sätta en struktur på arbetet genom flexibilitet och anpassning.

För att utvärdera de mångprofessionella ronderna gjordes en fokusgruppintervju vars resultat visar att rehabiliteringen har påverkats positivt genom att strukturen på ronderna

har blivit tydligare och motivationen till ett mer rehabiliterande synsätt har ökat genom att personalen, speciellt då närvårdarna och sysselsättningsterapin, känner sig mer delaktiga och har fått en större förståelse för andra professioners arbete. Resurserna har ökat genom att det skrivs mer delmål som sedan utvärderas och vid behov ändras. Vad gällande patienternas delaktighet så finns det behov av en förbättring. Patienten är alltför lite delaktig i sin egen vårdplanering och vår uppgift nu är att få igång tidigare och fler vårdplaneringsmöten tillsammans med patienten.

De problem som Suzanne Blomqvist (2009) tar upp i sin studie om att alla medlemmar i ett mångprofessionellt arbetsteam inte får vara lika delaktiga i diskussionerna och att man känner sig hotad i sin profession har jag inte upplevt under våra mångprofessionella ronder. Det kan till en del förklaras med att ronderna är strukturerade för att vi följer den blankett som vi tagit fram för ändamålet och den som leder ronderna är uppmärksam på att alla får komma till tals i olika frågeställningar och beslut.

Under processens gång har vårdpersonalen haft möjlighet under avdelningsmöten och kaffepauser att reflektera över utvecklingsarbetet. Hult (2008) talar om den processen som ställtid-intervention-reflektion. Det har varit mycket tankar kring hur vi skall omorganisera vårdarbetet på avdelningarna för att hitta mer tid till att hinna skriva utvärderingar av vårdplaner m.m. Mycket handlar om prioritering och förståelse för att vår organisation ändrar struktur från långvård till sjukvård. Sysselsättningsterapin är en viktig del i patientens möjlighet att få utöva sina intressen. Deras problem är att de är så få i sin grupp så de hinner med sitt arbete i den mån de skulle önska. Där behöver vi också hitta en bra medelväg och prioritering av hur de skall kunna få sin tid att räcka till för fler patienter än den gör idag.

Utvecklingsarbetet har lärt mig som ledare mycket när det gäller kommunikation och information. Hur viktigt det är att kunna förklara och framföra nya perspektiv på vården och att kunna motivera till förändring. Men det har också visat mig hur svårt det är att införa nya rutiner och nya tankesätt i en redan väletablerad grupp. Jag är väl medveten om att jag borde haft mer bakgrundsmaterial att stödja mig på samtidigt som detta är en process som fortfarande pågår och kan förändras. Jag upplever ändå att samarbetet har blivit bättre, det är inte en lika stor tröskel mellan de olika professionerna och kommunikationen mellan dem har blivit bättre. Förändringsprocessen har gett mig som ledare bekräftelse på att min tanke att arbeta utifrån ett salutogent perspektiv har varit

positivt och att jag kommer att fortsätta arbeta på samma sätt i framtiden. Arbetet har också fått mig mer intresserad av att utveckla vården på vår klinik trots ständiga hot om inbesparingar och nedskärning, och min förhoppning är att som Idvall och Olsson (2009) menar att ständiga förbättringar är enda sättet att möta de utmaningar vården står inför.

Litteraturförteckning

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Hälsans kultur.
- Blomqvist, S. (2004). "Ju mer vi är tillsammans?" *Mångprofessionellt teamarbete i vården*. Hämtat från <http://www.ibl.liu.se/fog/fog-rapporter/1.80378/fograpp50.pdf>. den 27 09 2011
- Blomqvist, S. (2009). *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team*. Hämtat från <http://www.avhandlingar.se/om/blomqvist+suzanne/?fulltext=y>. den 22 11 2011
- Cameron, I. D., & Kurrle, S. E. (2002). *Rehabilitation and older people*. Hämtat från http://www.mja.com.au/public/issues/177_07_071002/cam10158_fm.pdf. den 08 01 2011
- Dahlberg, K. (1994). *Vårdandets helhetssyn*. Lund: Studentlitteratur.
- Eklund-Grönberg, Annika m.fl. (den 29 09 2009). Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen nr.40* , ss. 2512-3.
- Engman, M., & Lundgren, S. M. (3 2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke. *Vård i Norden. Volym 29* , ss. 32-36.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Nordsteds Förlag AB.
- Folkpensionsanstalten. (2008). *Rehabiliteringsplan*. Hämtat från <http://www.kela.fi/in/internet/svenska.nsf/NET/261001162728EH?OpenDocument>. den 19 09 2011
- Forskningsetiska delegationen. (2002/2004). *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen.
- Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hult, S. (2008). Salutogent ledarskap - en investering. *Äldreomsorg 4* , ss. 32-39.
- Hult, S., & Waad, T. (September 2004). Det salutogena ledarskapets betydelse. *Vårdfacket nr 8* , ss. 44-46.
- Idwall Eva & Olsson Jesper. (2009). Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. i A. Ehrenberg, & L. Wallin, *Omvårdnadens grunder, ansvar och utveckling* (s. 340). (u.o): Författarna och Studentlitteratur.

Körner, M. (den 3 Mars 2008). *Analysis and development of multiprofessional teams in medical rehabilitation*. Hämtat från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. den 13 09 2011

Lagen om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785. (u.d.). Hämtat från <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785>. den 24 08 2011

Lindholm, M. (2005). Arbete med utveckling. i K. Nilsson, *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete* (ss. 129-143). (u.o): Författarna och Studentlitteratur.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* , ss. 440-442.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* , 59, 440-442.

Nationalencyklopedin. (u.d.). Hämtat från <http://www.ne.se/>. den 31 03 2011

Olupeliyawa, A. M., Hughes, C., & Balasooriya, C. D. (2009). A review of the literature on teamwork competencies in. *South East Asian Journal of Medical Education volym 3 nr. 2* , ss. 61-72.

Patel, R., & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Rundgren, Å. (2003). *Akut geriatrik*. Hämtat från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/aldrevard_2003/akutgeriatrik.pdf. den 26 08 2011

Social- och hälsovårdsministeriet. (2008). *Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE 2008-2011*. Helsingfors: Universitetstryckeriet.

Social- och Hälsovårdsministeriet. (u.d.). *Rehabilitering*. Hämtat från http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/socialtjanster/rehabilitering. den 29 03 2011

Terént, A. (den 15 02 2010). *Vårdalinstitutet*. Hämtat från www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum. den 06 04 2011

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk paxis*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

ÅHS. (u.d.). *Styrelseprotokoll 20101221*. Hämtat från www.ahs.ax. den 26 08 2011

Ålands Landskapsregering. (2006). *Slutrapport för arbetsgruppen med uppdrag att utreda äldreomsorgen*.

