

Habiliteringens själ och arbetsvärld

**En skrift om Habiliteringen och dess verksamhet
av Anders Dolfe**

Innehållsförteckning.....	3
Förord.....	5
Inledning.....	7
Del 1: Habiliteringen: Historik, organisation, patientgrupper och verksamhetens målområden.....	11
Habiliteringen och de målgrupper man arbetar för inom Habiliteringen.....	12
Att leva med en funktionsnedsättning.....	20
Exempel på en patientgrupp som det är särskilt angeläget att man hjälper genom yrkesinsatser från Habiliteringen.....	21
Del 2: Habiliteringen och samhället.....	23
Habiliteringen och samhället.....	24
Habiliteringens värdegrund.....	26
Del 3: Habiliteringen: Några definitioner och begrepp.....	35
Habiliteringsverksamhet – några utgångspunkter.....	36
Del 4: Habiliteringen: Grundförutsättningar som påverkar organisationens verksamhet.....	39
Faktorer som påverkar Habiliteringens organisation och verksamhet.....	40
Del 5: Habiliteringen: Teamarbete.....	51
De tvärprofessionella teamens arbetsförutsättningar.....	52

Del 6: Vad går teamets habiliteringsinsatser i stort ut på?.....	65
Habiliteringsprocessen – flödet av yrkesinsatser och en fallbeskrivning.....	66
Habiliteringen: Den övergripande inriktningen för teamets insatser.....	70
Samverkan och avgränsning, inom Habiliteringen och utåt.....	80
Habilitering och livskvalitet.....	84
Del 7: Habiliteringen: Kvalitetssäkring, kompetensutveckling och organisationsutveckling/verksamhetsutveckling.....	89
Om evidensbegreppet och om möjligheterna till kvalitetssäkring inom Habiliteringen..	90
Habiliteringen: Kompetensutveckling och verksamhetsutveckling.....	103
Del 8: Habiliteringens verksamhet: Ideal och verklighet, för närvarande och i framtiden.....	109
Ideal och verklighet – några exempel på habiliteringsverksamhetens inbyggda motsägelser och etiska konflikter	110
I vilken riktning förändras Habiliteringens verksamhet?.....	118
Slutord.....	126
Litteratur.....	129
Presentationsblad för skriften.....	132

Förord

Sedan jag formulerat riktlinjer för hjärnskaderehabilitering för en arbetsgrupp och skrivit en längre neuropsykiatrisk artikel kring neuropsykoterapi har jag därefter under de senare åren skrivit fyra böcker. De är utgivna och säljs av Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen. En första bok handlar allmänt om hur man kan uppnå ett gott bemötande av personer med olika former av funktionsnedsättningar. En andra bok beskriver hur man kartlägger och behandlar beteendeproblem hos vuxna personer med utvecklingsstörning. En tredje bok handlar om det salutogena synsättet och om hur man bedriver ett systematiskt, salutogent motivationsarbete. Den fjärde boken skildrar hur man bemöter personer utifrån deras kombinationer av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller andra slag av funktionsnedsättningar i kombination med psykiska/psykiatriska problem.

Detta var tänkt som en femte bok. Jag började fundera över ämnet "Habiliteringens själ" under slutet av 2008 året och delgav då min dåvarande närmaste chef några tankar om hur jag såg på det ämnet, som jag uppfattade som passande för en bok. Idén diskuterades därför i verksamhetschefsguppen för Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen. Jag hade då ställt frågan om jag skulle kunna få ett mera formellt uppdrag att skriva en bok för vår förvaltning om det nämnda ämnet. Det fick jag tyvärr inte. Men jag såg fortfarande ämnet, som jag efter hand utvidgat något, som angeläget att skriva om. Därför har jag fortsatt att skriva om det men under min fritid. *Det här får bli mitt bidrag till 10-årsjubileet inom Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen.*

Jag själv upplever det som en viktig och engagerande uppgift att arbeta som psykolog/handledare utifrån min anställning inom Habiliteringen. Detta hoppas jag att jag kan förmedla i skriften. Men jag tycker också att jag i min anställning uppmärksammar motsägelser och utvecklingstendenser inom organisationen som jag ställer mig undrande till. Tankar kring detta önskar jag formulera för läsaren. Jag tror det är viktigt att vi vågar granska den organisation inom vilken arbetar och våra arbetssätt så att vi alla tillsammans kan bidra till att verksamheten förbättras.

Det är även av stort värde om vi kan förstå och lära oss av hur vi själva fungerar som yrkespersoner inom vår organisation. Jag arbetar som psykolog men jag hoppas att jag kan förmedla sådant som inte är alltför präglad bara av min yrkesgrupps synsätt och de speciella problemområden jag möter inom anställningen som psykolog. Jag arbetar inte som chef eller arbetsledare utan min huvudsakliga arbetsuppgift är att ge vardagligt stöd för personalgrupper som arbetar kring personer med omfattande, ibland mycket omfattande funktionsnedsättningar.

Min sammanställning kommer naturligtvis att färgas av mina tidigare och mina nuvarande arbetserfarenheter från Habiliteringen i Västra Götalandsregionen. Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen är en av Sveriges största utförarorganisationer för habiliterande insatser till personer med funktionsnedsättningar. Min ambition då jag skriver är att försöka göra en beskrivning som även ger en mera generell bild av vad som kännetecknar Habiliteringen i Sverige. Jag har själv arbetat betydligt längre inom Vuxenhabiliteringen än inom Barn- och Ungdomshabiliteringen. Jag har varit med i ett antal arbetsgrupper inom Handikappförvaltningen på olika nivåer i organisationen och jag har deltagit i dess FoU-verksamhet under ett antal år. Förhoppningsvis har detta bidragit till att jag kanske kan se på organisationen lite utanför min egen yrkesgrupps perspektiv.

Habiliteringens *själ* ligger kanske nära Habiliteringens *värld*. Men jag tycker det vore lite missvisande att bara använda begreppet Habiliteringens värld som titel på skriften. I detta sammanhang skall försöka skriva både om Habiliteringens "själ" och om Habiliteringens arbetsvärld/organisationskultur genom att *beskriva några egenskaper i de organisationer som utför specialiserad habilitering i Sverige*. Jag gör en avgränsning och skildrar inte ingående patientgrupperna man arbetar med inom Habiliteringen och inte heller enskilda yrkesgruppers specifika arbetsmetoder.

Med begreppet *själ* menas en sammanfattning av de mänskliga *egenskaper som möjliggör tanke-, känslor- och viljeliv* (definition enligt Nationalencyklopedins ordlista). Själ kan även användas för att beskriva *någon eller någots karaktär på ett bildligt sätt*. Begreppet själ ligger ganska nära begreppet personlighet, vilket kan beskrivas som *helheten av de psykiska egenskaper* som utmärker en person. Själ brukar ibland benämnas som en motsats till *kropp*. Kroppen är påtagligt gripbar medan själen är mera svårfångad. Beskriver man den ena är det naturligt att även beröra den andra. I många sammanhang kan man se *hur nära kropp och själ påverkar varandra* och är beroende av varandras sätt att fungera. ”Att försöka skilja kroppen från själen är som att försöka skilja havet från vågorna” (citat från Spinoza).

På ett sätt kan man således se kropp och själ som en oskiljbar enhet. I detta sammanhang kan man beskriva Habiliteringens formella organisation, dess namngivna anställda, dess formella arbetsgrupper och dess anställda medarbetare, dess (rumsliga, fysiska) lokaler och de personer eller de patienter man arbetar för som sådant som innefattas i ”kroppen”! Det kan även kallas för organisationens ”hårdvara”. Mjukvaran handlar då om sådant som förhållningssätt i organisationen, dess attityder, värdegrunder och målen för verksamheten. Mjukvaran är också vilka förutsättningar, vilken kultur, vilket klimat som finns inom organisationen för att den skall kunna erbjuda och genomföra goda rehabiliterande yrkesinsatser för patienterna. Mjukvaran påverkas bland annat av egenskaper hos patienterna och hos personalen samt i organisationen Habiliteringens olika delar, kanske främst dess i olika arbetslag eller tvärprofessionella team. Rehabiliteringen som helhet påverkas av olika samhällsförhållanden.

Det är inte möjligt för mig att kunna beskriva förhållanden på alla enskilda arbetsplatser inom Rehabiliteringen och de skiljer sig naturligtvis åt en hel del. Därför försöker jag ibland i stället förmedla vad som är önskvärda, idealiska arbetsförhållanden inom Rehabiliteringen, exempelvis i en arbetsgrupp eller i ledarskap på olika nivåer. Sedan blir det läsarens sak att fundera över i vilken utsträckning sådana egenskaper kännetecknar just den arbetsplats hon eller han själv tillhör.

Vad gör vi och varför gör vi det vid gör inom Habiliteringens verksamhet, i Habiliteringens värld? Vad bör vi göra och vad bör vi kanske sluta med att göra? Går det att få en helhetsbild bortanför alla detaljer som vi arbetar med och som vi ser dagligen i vårt arbete? Vilken omvärld lever Rehabiliteringen i och hur påverkas Rehabiliteringen av sätt att tänka i samhället och av aktuella samhällsförhållanden? Går det att få en överblick över vad som kännetecknar *Habiliteringens komplicerade arbetsvärld* och vad som borde känneteckna den? Jag försöker skriva allmänt om *vad man gör* och *vad man försöker uppnå* under rehabiliteringen och vilka förutsättningar och ambitioner man har under arbetets gång.

Det är viktigt att även försöka få tag i en del som inte sägs tydligt men som ändå påverkar verksamheten. Går det att lyfta fram det synliga och ibland även det osynliga som styr vad som händer och som möjliggör vad som kan utföras av organisationen? Om man lyckas med det är möjligheterna troligen större att utveckla och förbättra organisationen i en riktning som man inom organisationen bedömer är en lämplig utveckling. Det är en viktig anledning till att jag försöker skriva om ämnet Habiliteringens själ och arbetsvärld. I min anställning ingår en viss skyldighet att vara lojal mot min arbetsgivare. Mitt syfte med att skriva om Rehabiliteringen är inte att kritisera organisationen inom vilken jag själv arbetar. Innehållets formuleringar och faktauppgifterna är jag själv helt ansvarig för. Mina chefer på förvaltningsnivå, verksamhetsnivå och arbetsplatsnivå har i god tid fått ta del av innehållet. De har kunnat påverka innehållet innan skriften sprids som ett debattinlägg.

Jag vill tacka de arbetskamrater som intresserat sig för ämnet och som uppmuntrat och uppmanat mig att fortsätta arbeta med det. De har bidragit till att jag slutfört skrivarbetet kring Habiliteringens själ och arbetsvärld. Jag skriver bland annat för personalen inom Rehabiliteringen. Jag hoppas på att det jag skrivit även är läsvärt för andra personer, som intresserar sig för Rehabiliteringen och dess verksamhet. Jag hoppas kunna stimulera till fler dialoger om organisationen Rehabiliteringen och dess verksamhet.

”Utan tvivel är man inte riktigt klok” (Citat från Tage Danielsson)

Inledning

Barn- och Ungdomshabiliteringen liksom Vuxenhabiliteringen är landstingens (och i vissa fall regionernas) verksamheter för specialiserade insatser för barn respektive för vuxna personer med funktionsnedsättningar av vissa slag. Habiliteringen skall erbjuda ett särskilt expertstöd och en tilläggsinsats, en kompletterande hjälp till vad samhället i övrigt kan erbjuda av stöd och hjälp för vissa personer (grupper) med funktionsnedsättningar.

Habiliteringens insatser skall således vara en *plusresurs*. Det innebär att man inom Habiliteringen ger vissa patienter en extra hjälp utöver de insatser samma patienter har rätt till att få, liksom alla andra personer, från den allmänna hälso- och sjukvården liksom från andra vårdinrättningar och myndigheter i samhället. Var och en som lever med en funktionsnedsättning har rätt till samma hjälp från samhällets sida som alla andra medborgare.

Habiliteringen har som en allmän verksamhetsidé att man med sina insatser skall bidra till att människor med funktionsnedsättningar får förbättrade möjligheter att påverka sina livssituationer.

Jag kommer fortsättningsvis att skriva habilitering med stort H om jag avser själva organisationen inom vilken habiliteringsinsatserna utförs. Ibland skiljer jag på Barn- och Ungdomshabiliteringen och Vuxenhabiliteringen. Vid andra tillfällen gör jag det inte utan försöker beskriva sådant som kännetecknar verksamheterna inom båda organisationerna.

Habiliteringen ansvarar för att utveckla ett specialistkunnande om personer med omfattande funktionsnedsättningar. Habiliteringens personal skall ha goda kunskaper om vad det innebär växa upp och att leva med dessa funktionsnedsättningar i vardagen och hur man skall kunna ge stöd åt personer med omfattande funktionsnedsättningar. Habiliteringens personal skall ha djupa kunskaper om vad det medför om man drabbats av en skada eller en sjukdom under uppväxttiden. Inom Habiliteringen skall man ha kunskaper om hur man på olika sätt skall kunna främja att personen med en omfattande funktionsnedsättning utvecklas så väl som möjligt och får ett så bra liv som möjligt. Kunskapen handlar även om hur funktionsnedsättningar påverkar vardagsliv och hälsa. I stor utsträckning handlar Habiliteringens stöd om frågor kring hur vardagslivet fungerar för personen i de olika miljöer personen vistas.

Jag skriver i detta sammanhang ”personer med omfattande funktionsnedsättning” för det finns en stor grupp personer med lindrigare grad av funktionsnedsättning i samhället och dessa personer tillhör vanligen inte Habiliteringens målgrupper. De personer som antas och får stöd inom Habiliteringen har sina diagnoser fastställda. Det är personer med vissa diagnoser som har rätt till insatser från Habiliteringen. Habilitering utförs av många aktörer. Men här kommer jag att försöka beskriva just den specialiserade verksamheten som erbjuds inom det som kallas för Habiliteringen. Habilitering utförs på olika nivåer och i denna skrift skildras främst det stöd som utförs inom den specialiserade Habiliteringen. Habiliteringen är en verksamhet inom landstinget, som är en *vårdgivare*.



Vad påverkar sammantaget Habiliteringens värld och dess verksamhet, vilket är *Habiliteringens ramverk*? I *samhällets lagstiftning avspeglas grundvärderingar och en människosyn och en etik* som samhället ser som den rimliga. Denna skall Habiliteringens

personal följa i olika val- och handlingsituationer. Samhället har lagar och en *politik i handikappfrågor* som förs ut i olika verksamheter. Det finns vidare en *tidsanda*, aktuella tänkesätt, kunskaper i frågor kring funktionsnedsättningar och hur människor med funktionsnedsättningar kan och måste kunna få stöd av olika slag. *Patient- och brukarorganisationerna* arbetar för sina intressefrågor och försöker påverka politikernas uppfattningar i handikappfrågor.

Handikappolitiken för hela Sverige *omformuleras i politiska beställningar*. Utifrån folkets behov beställs hälso- och sjukvård till medborgarna. *En regions eller ett landstings styrelse skall ha ett helhetsperspektiv över olika behov och styrelsen fördelar resurserna till olika verksamheter*. En överenskommelse eller ett avtal görs upp mellan den styrelse som beställer vården och den organisation som får ansvar för att utföra den. Beställningarna styr verksamheter ekonomiskt och innehållsmässigt. De riktar sig till olika *utförarorganisationer*. Man utformar en organisation, Habiliteringen, som får resurser i form av pengar som omvandlas i tjänster, lokaler etc. Den organisationen skall på ett effektivt sätt göra det möjligt att föra ut och möta beställarnas önskemål i yrkesinsatser.

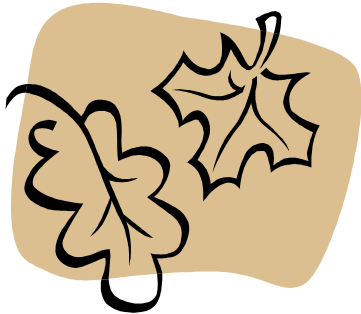
Jag vill skildra *målen och målområdena* man arbetar för inom *Habiliteringen i stort och inom teamen* snarare än medlen, metoderna. Habiliteringens verksamhet avspeglar också samhällsförändringar och den officiella synen på funktionsnedsättningar i Sverige. Därför försöker jag beskriva en del samhällsförhållanden, som ibland kan stå i kontrast till sådant man försöker uppnå inom Habiliteringens värld.

Vården skall, enligt HSL, ges på lika villkor. Det innebär att patienterna skall garanteras en likvärdig vård utifrån de behov patienterna har men en erbjuden vård som är oberoende av var patienterna är bosatta i landet. I praktiken kan detta vara svårt att uppnå.

Det finns *ledningsfunktioner* för olika verksamhetsnivåer inom (den specialiserade organisationen) Habiliteringen. Administrationen av verksamheten utförs på dess olika nivåer med hjälp av olika *administrativa stödssystem*.

Det finns inom Habiliteringen en operativ ledning, som skall vara handlingsinriktad. Den fokuserar på vad som skall göra inom organisationen nu och inom den närmaste tiden. *Genom den operativa ledningen av verksamheten planeras, värderas och utvecklas organisationen och dess verksamhet*. I stor utsträckning görs detta som en *uppföljning av de politiska överenskommelser* som styr verksamheten. I uppföljningen redovisas vad som utförts inom organisationen under en viss tidsperiod. Redovisningen görs bland annat i kvartalsrapporter och i en årsredovisning. Ytterligare redovisning utförs dessutom av de olika teamen inom organisationen samt ibland av enskilda yrkespersoner. *Utvärdering av insatserna* som erbjuds inom verksamheten är också en form av uppföljning.

Den så kallade *strategiska ledningen*, däremot, är *inriktad mot den långsiktiga planeringen*. Den skall bidra till att organisationen kan anpassa sig till kommande förändringar i förutsättningarna för verksamheten.



Habiliteringen inom ett visst geografiskt område organiseras i flera eller rent av många olika arbetsplatser och i ett antal habiliteringsteam. I teamen finns yrkespersoner från olika yrkesgrupper. Dessa anställda personer arbetar nära brukarna eller patienterna och stödjer dem med sina olika yrkesmetoder, med hjälp av vilka man erbjuder olika habiliteringsinsatser. De

anställdas yrkeskompetenser är mycket viktiga för vad man kan uppnå vid habiliteringen. *Hur arbetet i teamen fungerar har en avgörande betydelse för vilken hjälp och vilket stöd patienterna får i praktiken av yrkespersoner anställda inom Habiliteringen.*

Patienterna man arbetar med inom Habiliteringen har sina förutsättningar, sina förmågor, sina behov och sina funktionsstörningar. *Patienternas önsknings och behov liksom de anhörigas och olika företrädares påverkar Habiliteringens yrkesinsatser. Dessa styrs direkt av habiliteringsplaner, som praktiskt görs upp ihop med patienterna.*

Det finns även styrande *verksamhetsplaner* på team- och organisationsnivå. För att patienterna skall kunna få ett gott stöd samarbetar, *samverkar Habiliteringens personal med patientens anhöriga och med olika organisationer som utför vård samt med myndigheter.*



Sammantaget befinner sig Habiliteringen i ett stort spänningsfält där många faktorer påverkar på ett komplext sätt. De faktorerna kommer att inverka på hur Habiliteringen kan och bör utföra sina insatser.

Vad är då kärnan i *Habiliteringens verksamhet* och i dess värld? Vad är det man gör i stort och vad är det man sammantaget försöker uppnå inom Habiliteringen? Det allra viktigaste är naturligtvis *om Habiliteringens patienter känner att de får ett gott stöd genom de yrkesinsatser Habiliteringen erbjuder och genomför.*

Jag är intresserad av att försöka beskriva *vad det är som möjliggör att man kan utföra goda habiliterande insatser.* Jag vill försöka fånga något av *den anda, den stämning inom vilken arbetsinsatserna utförs.* Jag vill försöka fånga om det finns en särskild "*habiliteringskultur*", en organisationskultur, en habiliteringskompetens, ett slags växthusmiljö för habiliteringsinsatser. En sådan kultur består kanske bland annat av en värdegrund, en viss etik, tillämpningen av övergripande handikappolitiska tänkesätt, övergripande värderingar kring hur man ger stöd åt personer med funktionsnedsättningar, Kulturen kan även inrymma *ett särskilt slags engagemang hos personalen inom Habiliteringen?* Vad har personalen för grundvärderingar och andra förutsättningar då man utför sina arbetsuppgifter inom Habiliteringen? Hur upplever personalen att det är att arbeta inom Habiliteringen?

Jag försöker skriva en del om stämningen och *arbetsinriktningen i organisationens mindre arbetsgrupper och i de tvärprofessionella teamen.* Jag försöker benämna *hur habiliteringsteamerna behöver fungera* för att de anställda yrkespersonerna skall kunna uppnå en hög grad av effektivitet. Effektivitet innebär bland annat att var och en i teamen liksom dess medlemmar arbetar målinriktat då teamets medlemmar utför sina arbetsinsatser. Jag vill beröra betydelsen av om det finns klara mål för de enskilda medarbetarnas arbetsinsatser liksom för de olika arbetsplatserna, för de tvärprofessionella teamen samt för organisationen i stort.

Vilken arbetslust och kreativitet kan skapas i organisationen och hos de enskilda anställda? Har medarbetarna hög *arbetsmotivation?* Vad menas egentligen med arbetsmotivation i teamen? Hur uppnår man en god arbetsmotivation hos medarbetarna i Habiliteringens tvärprofessionella team? Finns det en *förändringsvillighet hos de anställda* och i de olika teamen när sådan krävs för att organisationen skall kunna vara framgångsrik?

Vid beskrivningen av Habiliteringens själ och arbetsvärld bör man, enligt min uppfattning, även försöka fånga *organisationens kommunikation* och budskap till sina anställda samt, i någon mån, även kommunikationen med omvärlden. Hur uppfattas Habiliteringen av omvärlden? Hur ser de anställda på organisationens budskap satt i relation till de praktiska arbetsuppgifter som skall utföras i habiliteringsteamen?



En beskrivning av Habiliteringens själ och arbetsvärld kan vidare innefatta sådant som att man behandlar *ledarskapet* i organisationen, liksom *arbetsklimatet* i organisationen som helhet och i dess olika delar. Det kan även gälla sådant som att man beskriver *arbetsprocesser*, de *administrativa stödprocesserna* i organisationen och den dominerande *kunskapssynen och kompetensutvecklingen* i organisationen.

När det gäller att beskriva organisationer kan man skilja mellan försök att beskriva organisationens *profil, identitet* respektive *"image"*. Profilen är det sätt på vilket organisationen marknadsför sig utåt, mot andra. Profilen kanske framför allt presenteras av ledningen för Habiliteringen och i olika broschyrer om verksamheten. Identiteten är uppfattningen de anställda har om organisationen Habiliteringen, hur de som finns och arbetar inom organisationen egentligen ser på och uppfattar sig själva i sina yrkesroller, som yrkespersoner i en arbetsenhet. Identiteten kan vara knuten till det team man arbetar i, till den arbetsplats man tillhör och till den organisation inom vilken man är anställd. Identiteten innefattar hur de anställda uppfattar organisationen. Image, slutligen, är den bild, den föreställning andra utifrån, i omvärlden får av en viss organisation eller av en viss arbetsplats. Det är inte givet att anhöriga, olika samverkanspartners, myndigheter etc. har samma föreställning eller image om en viss verksamhet utan en image kan vara mycket varierande beroende på vem man frågar.

En beskrivning av organisationens själ bör ta upp en del av alla dessa tre aspekter. Det är förmodligen ofta så att de tre beskrivningarna inte är samstämmiga. Vad vill Habiliteringen uppnå i framtiden vad gäller profil, identitet och image? I vilken riktning utvecklas organisationen?

Habiliteringens själ och arbetsvärld kan ses som föränderlig med tiden. Den påverkas av förhållanden utanför och innanför organisationen. Jag vill informera om *Habiliteringens värld* men jag vill gärna också att läsaren reflekterar över den. Jag försöker att beskriva fenomen men jag försöker även att analysera dem, reflekterar över dem, tar upp olika frågeställningar och ställer en del frågor till läsaren. I slutet av denna skrift funderar jag lite över *Habiliteringens möjliga och önskvärda framtid*. Jag ställer då några frågor som jag tror det är viktigt att man funderar över inom Habiliteringen.



Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Vad kände du själv till om Habiliteringen innan du började arbeta inom organisationen?

"Dominerar" tanke, känsla eller vilja vid arbetet i Habiliteringens värld? Är dessa tre olika sidor olika betydelsefulla vid arbetet med olika målgrupper inom Habiliteringen?

**Del 1: Habiliteringen: Historik, organisation,
patientgrupper och verksamhetens målområden**

Habiliteringen och de målgrupper man arbetar för inom Habiliteringen

Habiliteringen är således inrättad därför att man i vårt samhälle anser att personer med omfattande funktionsnedsättningar har behov av stöd från samlade insatser från ett flertal olika yrkesgrupper.

Den specialiserade habiliteringsverksamheten i Sverige är uppdelad i Barn- och Ungdomshabiliteringen respektive Vuxenhabiliteringen. Habiliteringens verksamheter är samordnade på olika sätt i olika landsdelar med andra liknande verksamhetsområden. Det förekommer exempelvis att Habiliteringens verksamhet samorganiserar med psykiatrisk verksamhet.

Habiliteringen erbjuder verksamhet för vissa bestämda målgrupper. De individer, som blir ”antagna” vid Habiliteringen, får del av Habiliteringens insatser.

Personalen kring det nyfödda barnet med en omfattande funktionsnedsättning behöver erbjuda föräldrarna en krisbearbetning – bland annat för att en trygg anknytning skall kunna uppstå mellan barnet, med annorlunda förutsättningar, och barnets föräldrar. Habiliteringen har som en annan av sina inledande huvuduppgifter att utreda olika personers funktionsförmågor och möjligheter till aktiviteter och delaktighet av olika slag. Utredningen syftar till att man kan klargöra personernas fortsatta behov av habiliterande åtgärder. Habiliteringen skall efter utredningen erbjuda patienten planerade och från flera kompetensområden sammansatta yrkesinsatser eller åtgärder.

De senaste åren har man inom Habiliteringen lagt stor vikt vid att stödja det fleråriga eller ibland mångåriga vuxenblivandet; tonåringens och den unga vuxna funktionsnedsatta personens väg in i vuxenlivet. Vid en del Habiliteringar har man för detta stöd inrättat särskilda ungdomsteam. Dessa som arbetar ålders- och organisationsöverbyggande. Ungdomsteamerna skall hjälpa den unge i fasen mellan att vara ungdom och att bli en ung vuxen person. I sådana team arbetar man åldersövergripande för tonåringar i de senare tonåren och för vuxna personer i ung vuxenålder. Uppdelningen mellan Barn- och Ungdomshabiliteringens respektive Vuxenhabiliteringens insatser blir då flytande.

Habiliteringen har även ett ansvar för att upptäcka och ta initiativ till att sätta in särskilda åtgärder för att förebygga att kroppslig och psykisk ohälsa tilltar hos personerna/patienterna man arbetar med.



Barn- och Ungdomshabiliteringen

Historik

Landstingets Barn och Ungdomshabiliteringar har två huvudsakliga ursprung – habilitering av barn och ungdomar med rörelsehinder respektive omsorger om barn med utvecklingsstörning.

Modern barnhabilitering kan härledas till tiden för andra världskriget i främst länderna Storbritannien, Holland, Danmark och Norge och USA. Habiliteringsverksamheterna för barn och ungdomar, med tyngdpunkt på rörelsehinder, byggdes upp under 1950- och 1960-talet. 1960-talet brukar man kalla för ”de gyllene uppbyggnadsåren”.

Barn med omfattande funktionsnedsättningar som rörelsehinder fick skolplikt först i början på 1960-talet. Lagen om undervisning för ”bildbara barn” hade införts 1944. Under 1970-talet konsoliderades verksamheten. Den integrering som påbörjats något tidigare genomfördes nu och slutfördes under 1980-talet. Från denna tidpunkt gick barn med funktionsnedsättningar i vanliga förskolor och skolor i Sverige.

Den så kallade samordnade Barn- och Ungdomshabiliteringen växte fram under slutet av 1970- och under 1980-talet. Stödet för barn med omfattande rörelsenedsättningar samorganiserades således med stödet för barn med kognitiva, intellektuella handikapp. Även barn och ungdomar med andra former av funktionsnedsättningar än rörelsehinder och utvecklingsstörning får idag stöd inom Habiliteringen. Under 1980-talet gjordes omfattande medicinska framsteg och metoderna för att utreda barnens funktionsnedsättningar förbättrades.

En ny Omsorgslag, en rättighetslag för barn och ungdomar med utvecklingsstörning, trädde i kraft 1986. Stödformerna för barn och ungdomar blev då inriktade mot barnet i familjemiljön. Undervisning, vård, bostad och daglig verksamhet blev rättigheter för utvecklingsstörda. Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1980-talet omfattar alla medborgare i samhället. I HSL anges målet en god hälsa och en god vård för hela befolkningen. I HSL finns även bestämmelser om att landstinget skall erbjuda habilitering.

Kommunerna blev ansvariga för särskolan under 1990-talets första hälft. Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) tillkom 1993. Den började tillämpas 1994 för personer med omfattande funktionshinder. LSS ersatte då Omsorgslagen. Med LSS fördes ansvaret för boende och daglig verksamhet till primärkommunerna. Landstinget fick ansvar för att erbjuda expertstödet till personer med varaktiga funktionsnedsättningar. Inom Habiliteringen samordnades då det benämnda expertstödet till olika grupper av personer med omfattande funktionsnedsättningar.

Under 1990-talet gjordes stora neddragningar inom den offentliga sektorn. Men detta drabbade inte i så stor utsträckning Habiliteringens verksamhetsområden.

Barn- och Ungdomshabiliteringen får sedan början av 2000-talet allt fler patienter med neuropsykiatriska diagnoser. Sökandet efter ”evidenta” – ofta uttryckt som bevisat effektiva behandlingsmetoder – och bättre utvärderingsmetoder av habiliteringsverksamheten i stort ökar nu. Föräldrar och patientföreningar ställer större krav på olika slags intensiv patientbehandling. Habiliteringen måste i framtiden sannolikt förtydliga sina ställningstaganden och sina prioriteringar vad gäller olika patientgrupper och habiliteringsmetoder.

Organisation

Barn- och Ungdomshabiliteringens verksamhet handlar om specialiserade insatser för barn och ungdomar med vissa funktionsnedsättningar. Verksamheten omfattar barn och ungdomar under 18 år (i vissa fall 16 år). Barnen och ungdomarna skall mötas utifrån sina förutsättningar. De skall, var och en i förhållande till sin individuella utveckling, respekteras som självständiga individer med egna rättigheter. Det är grundläggande att personalen vid habiliteringsarbetet har ett barnperspektiv; det vill säga att man verkligen sätter sig in i de ungas situation. Personalen måste ha goda kunskaper i utvecklingspsykologi för att kunna ha ett barnperspektiv.

Barn- och Ungdomshabiliteringens personal arbetar främst med funktionsnedsättningar som drabbar barnets rörelseförmåga, kommunikation och kognitiva (intellektuella) funktioner men som även kan

påverka barnets beteenden på en mängd andra sätt. För en mer detaljerad beskrivning av målgrupperna hänvisas läsaren till annan litteratur än denna skrift. Det finns översiktliga handböcker om Barn- och Ungdomshabilitering.

Barn- och Ungdomshabilitering finns på tre vårdnivåer: Basnivå, länsnivå (eller specialiserad habilitering) och på regionnivå i vissa fall för unga patienter med mer speciella utrednings-, habiliterings- och rehabiliteringsbehov.

Diagnoser

De vanligaste diagnoserna hos barn knutna till Barnhabiliteringen är utvecklingsstörning, olika former av autismspektrumtillstånd, ADHD, cerebral pares och epilepsi. Många diagnoser förekommer i kombinationer med varandra. Problembilden kan vara mycket komplex. Svårigheterna blir oftast större då en person har flera diagnoser samtidigt. Flertalet barn inom Barn- och Ungdomshabiliteringen har mer än en funktionsnedsättning. Funktionsnedsättningarna beror på skador eller sjukdomar. Funktionsnedsättningarna är bestående hos Habiliteringens målgrupper. Det finns patienter som har betydande symptom och stora svårigheter som går att beskriva men de kan ändå vara patienter för vilka man inte lyckats sätta en klar diagnos. Ibland får man göra upprepade utredningar för att komma fram till en riktig diagnos. Det finns en mycket stor mängd diagnoser som medför betydande funktionsnedsättningar trots att diagnoserna inte är lätta att fastställa.

Funktionsnedsättningarna kan beröra delar av barnets utveckling eller hela utvecklingen. Det allra viktigaste kan många gånger vara att göra en *funktionsbeskrivning*, en beskrivning av patientens förmågor att fungera i vardagslivet olika avseenden. Varje person med funktionsnedsättning måste bedömas individuellt för att det skall vara möjligt att kunna ge just den personen en god habilitering. I början, när Barnhabiliteringens personal lär känna ett visst barn, kanske man huvudsakligen uppmärksammar ett visst problem. Men komplexiteten i en individs funktionsnedsättning blir ofta tydligare med tiden. Det är viktigt att Barnhabiliteringens personal upptäcker funktionsnedsättningar hos barn tidigt så att det unga barnets fortsatta utveckling kan främjas på bästa sätt genom olika stödinsatser i de olika miljöer barnet vistas i.

Behovs- och målområden som personalen försöker möta inom Barn- och Ungdomshabiliteringen

Barn- och Ungdomshabiliteringens målområden och patienternas behovsområden kan sammanfattas: Man arbetar inom Barn- och Ungdomshabiliteringen framför allt med barnets välbefinnande och hälsa, barnets utveckling samt barnets förmåga och möjligheter att klara vardagsaktiviteter, samspelet mellan barnet och dess omgivning, familjens möjligheter att stödja barnet respektive med föräldrarnas kännedom om samhällets stöd och service. Många yrkesinsatser behöver sättas in tidigt för att barnets utveckling skall kunna främjas på olika sätt.

Barnhabiliteringens insatser inbegriper alltid föräldrarnas/familjens medverkan. För unga barn är föräldrarna företrädare i olika vårdfrågor. Men med tiden har barnet allt större rätt till delaktighet i hur habiliteringsinsatserna utformas. Barn och tonåringar får med tiden en ökande rättighet att avgöra om och när föräldrarna skall få ta del av habiliteringsinsatserna.

Stödet inom Habiliteringen ges vanligen enligt HSL. De flesta insatser som en person kan få enligt LSS gäller även för barn och ungdomar. LSS är, som nämnts, en rättighetslag, vilket innebär att olika LSS-beslut kan överklagas. Behovet av olika yrkespersoners stödinsatser varierar starkt mellan olika barn och över tiden. En sådan variation av behoven av olika yrkesinsatser finns även för de personer som senare blir inskrivna vid Vuxenhabiliteringen.

Inom Barn- och Ungdomshabiliteringen utförs en hel del medicinska insatser. Barn- och Ungdomshabiliteringen får ofta söka ett nära samarbete med Barnkliniken på länssjukhuset och med den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Betydligt fler läkare är anställda för tjänstgöring inom Barn- och Ungdomshabiliteringen än inom Vuxenhabiliteringen. Inom Habiliteringen skall barnet, tonåringen och senare den vuxne kunna få en allsidig medicinsk, medicinsk-teknisk, psykologisk, social och pedagogisk hjälp.



Vuxenhabiliteringen

Historik

Okunnighet, likgiltighet, vidskepelse och rädsla har under lång tid bidragit till att människor med funktionsnedsättningar isolerats från befolkningen i övrigt och fått dåliga utvecklingsmöjligheter. Människor med funktionsnedsättningar gömdes tidigare undan. Förr fanns i samhället dessutom ett syndatänkande i vilket man såg uppkomsten av en funktionsnedsättning som Guds straff! De första statliga specialsjukhusen i Sverige för personer med utvecklingsstörning öppnades på 1930-talet. Det har tagit lång tid innan personer med funktionsnedsättningar fått mänskliga rättigheter och ett värdigt bemötande.

Ortopeder ägnade sig åt ”de vanföra och de lytta” från slutet av 1800-talet. Begreppet kom då att förändras till det modernare begreppet rörelsehindrad. Beteckningar som sinnesslöa, ”genetiska misstag”, obildbara eller idioter har använts om personer med utvecklingsstörning. De sågs förr som en belastning för samhället. Personer med förvärvad hjärnskada sågs tills för ett par decennier sedan ofta som icke rehabiliterbara. De sändes ända in på 1990-talet till långvården efter den inledande akutvården. Ett fåtal av de drabbade fick vårdas av sina anhöriga i hemmiljö men då fick de ingen hjälp utifrån.

Modern habilitering och rehabilitering har i Europa rötter tillbaka till tiden för andra världskriget. Dessförinnan bedrevs habilitering och rehabilitering vid en del institutioner. Efter krigsslutet hade man i England stort behov av arbetskraft och man hade samtidigt många personer som skadats i kriget. Det gällde att i arbetslivet på bästa sätt ta vara på de förmågor och funktioner som även de krigsskadade hade. I länder som deltagit i andra världskriget intresserade man sig för neuropsykologi. Man började försöka rehabilitera människor som fått funktionsnedsättningar i vuxen ålder. I Sverige växte efter krigsslutet fram olika specialavdelningar inom sjukvården, exempelvis för patienter med resttillstånd efter polio, traumatisk ryggmärgsskada eller smärtproblematik.

Normaliseringsprincipen började komma på 1960-talet. Normaliseringsprincipen innebär synen att personer med funktionsnedsättningar har rätt till livsvillkor och vardagsinsatser som ligger så nära de ”normala” som möjligt. Det normala anses då vara det som de flesta människor har tillgång till.

Alla personer med funktionsnedsättningar har idag en självklar rätt till normalisering; att leva ett så rikt och normalt liv som möjligt i samhället. Dessutom skall alla ha rätt till goda och jämlika

levnadsvillkor; det vill säga personer med funktionsnedsättningar har rätt att leva på samma standard som andra. Man eftersträvar idag en långtgående integrering av personer med funktionsnedsättningar så att de bor nära andra i samhället. De som har omfattande funktionsnedsättningar har även rätt till och får ett individuellt anpassat stöd, bland annat av stödpersonal i sina vardagsliv inklusive i sina boenden. Personerna med funktionsnedsättningar skall inte bemötas annorlunda än andra människor. Men de kommer ofta att behöva få långvariga, ibland omfattande stödinsatser under en stor del av livet från samhället.

Det har bildats olika organisationer, som kämpar för bättre villkor för människor med funktionsnedsättningar. Från slutet av 1960-talet blev man mer medveten om samhällets brister och om hur miljöns utformning kan påverka omfattningen av funktionshindret. Det begreppet kom i stor utsträckning att ersätta handikappbegreppet.

Den första Vuxenhabiliteringen i Sverige inrättades i Värmland under 1970-talet. Historiskt var gruppen personer med omfattande tidigt uppkomna rörelsehinder den första gruppen som Vuxenhabiliteringen fick ta sig an. Så småningom fördes personer med utvecklingsstörning över till Vuxenhabiliteringen och ännu senare personer med neuropsykiatriska störningar, exempelvis med någon form av autismspektrumtillstånd. Även gruppen personer med (i vuxen ålder) förvärvade hjärnskador av mycket svårt slag får stöd vid Vuxenhabiliteringen. Det innebär att traditioner från arbete som ofta varit knutet till Rehabiliteringsmedicinska kliniker, verksamhet som varit ett socialt omsorgsarbete och problematik och behandling som tidigare ofta haft anknytning till länsjukvård psykiatri nu hamnat inom samma organisation; Habiliteringen.

Fram till 1980-talet bodde många personer med utvecklingsstörning på stora vårdavdelningar förlagda till stora institutioner. De enskilda boendes personligheter fick då inte något större utrymme. Personer med utvecklingsstörning var länge avskiljda från samhällslivet i övrigt. De stora institutionerna avvecklades under 1980- och 1990-talet. Den nya Omsorgslagen infördes 1987 och ersattes, som nämnts, 1993 av den nämnda LSS.

Under 1990-talet infördes kravet att alla verksamheter skall ha ett kvalitetssystem, med vilket man kan utvärdera verksamheten. En ”Bemötandeutredning” 1997 konstaterade att det fanns stora klyftor mellan ideal och verklighet i yrkesinsatserna för personer med funktionsnedsättningar. Från sekelskiftet finns den nationella handlingsplanen ”Från patient till medborgare”. Den betonar bland annat att personer med funktionsnedsättningar har rätt till delaktighet i samhällslivets alla delar och jämlikhet med andra medborgare i samhället vad gäller levnadsvillkor. Nu styr den humanistiska tron på alla människors lika värde det stöd som samhället erbjuder åt personer med funktionsnedsättningar.

En fråga som återkommande diskuteras i början av 2000-talet är hur vuxna personer med omfattande funktionsnedsättningar och stora medicinska vårdbehov skall kunna få tillräckligt god medicinsk hjälp. Habiliteringen får nu minskade möjligheter att komplettera sin verksamhet med att låta en del av sina patienter få intensiva rehabiliteringsinsatser av utomstående aktörer. Såväl inom Barn- och Ungdomshabiliteringens verksamhet som inom Vuxenhabiliteringens används nu i ökande grad klassifikationssystemet ICF. ICF är ett internationellt utvecklat system för beskrivning av en människas funktioner oberoende av vilken medicinsk diagnos en person har. Vuxenhabiliteringen försöker nu sammanställa det utbud av insatser man kan erbjuda genom att man formulerar program för olika diagnosgrupper. Liksom inom Barn- och Ungdomshabiliteringen pågår ofta diskussioner om evidens och om vilka behandlingsmetoder som bör användas av olika yrkesgrupper inom Habiliteringen. Inom Habiliteringen har man idag till uppgift att låta medicinska kunskaper sammanvävas med beteendevetenskap.

Organisation

Många men inte alla de personer som fått stöd inom Barn- och Ungdomshabiliteringen erbjuds därefter fortsatta stödinsatser vid Vuxenhabiliteringen. Det är betydelsefullt hur överföringen av

personerna från Barn- och Ungdomshabiliteringen till Vuxenhabiliteringen går till. Det är viktigt att ge god och tillräcklig information till de blivande patienterna inom Vuxenhabiliteringen och eventuellt till deras närstående om Vuxenhabiliteringens verksamhet. Det är också viktigt att skapa positiva men samtidigt rimliga förväntningar på vad slags stöd Habiliteringen kan ge.

En del av personerna som är antagna inom Vuxenhabiliteringen får sitt stöd enligt LSS, så kallat expertstöd som ges kring ”rådgivning och stöd enligt LSS”. Men de flesta personerna får sina habiliteringsinsatser enligt HSL. För vuxna personer används LSS-insatserna boende med särskild service eller annan särskild anpassad bostad speciellt för vuxna liksom rätten till en daglig verksamhet för vissa grupper av personer. För vuxna patienter finns alltid habilitering på två nivåer, kommunal nivå respektive länsnivå, specialisthjälp inom Habiliteringen. För vuxna patienter finns ofta regionvård för vissa grupper av personer med funktionsnedsättningar. Den regionvården är då knuten nära till sjukvården. Regionvården kan handla om sådant som komplicerade funktionsutredningar, intensivträning, viss rehabilitering eller uppföljningar vid särskilda symptomproblem eller diagnoser. Det finns även verksamheter som ligger utanför regionvården men som Habiliteringen behöver anlita ibland.

Diagnoser

Vuxenhabiliteringen arbetar med ungefär samma målgrupper som Barn- och Ungdomshabiliteringen. För de flesta patienter sätts åldersgränsen 18 år som en skiljelinje mellan stöd från Barn- och Ungdomshabiliteringen respektive från Vuxenhabiliteringen.

Inom Vuxenhabiliteringen arbetar man framför allt med personer med utvecklingsstörning av olika grader (så kallad lindrig, måttlig eller allvarlig (grav) utvecklingsstörning (djup eller svår)), personer med tidigt uppkomna och omfattande rörelsehinder (främst på grunden av cerebral pares, ryggmärgsbräck eller neuromuskulära sjukdomar), personer med autismspektrumtillstånd eller andra slag av neuropsykiatrisk störning (autism finns ofta hos personer med grav eller måttlig utvecklingsstörning eller hos personer med normalbegåvning och Aspergers syndrom) respektive för (vissa) personer med i vuxen ålder förvärvad hjärnskada (med vuxen avses i detta sammanhang 16 eller 18 års ålder). Det handlar i det senare fallet vanligen om personer med medelsvår eller svår förvärvad hjärnskada.

Även inom Vuxenhabiliteringens verksamhet kan det vara svårt att sätta exakta diagnoser. En del personer med funktionsnedsättningar får sina diagnoser fastställda först i vuxen ålder. Det kan exempelvis gälla för en hel del personer med lindrig utvecklingsstörning liksom för många personer med Aspergers syndrom.

Habiliteringen arbetar för några ganska väl definierade och mestadels svårt utsatta grupper med funktionsnedsättningar. Antalet personer med funktionsnedsättningar av olika lättare slag som inte tillhör Habiliteringens målgrupper är många gånger fler i Sverige. De personer man möter inom Habiliteringen har i praktiken ofta kombinationer av funktionsnedsättningar.

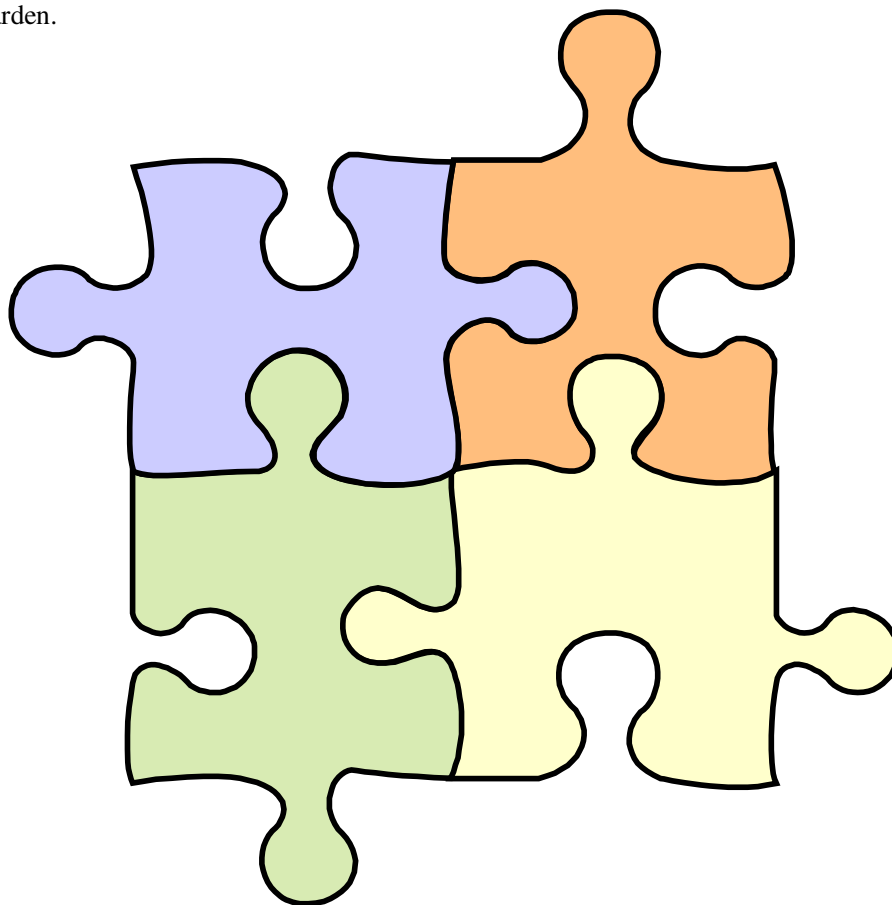
Behovs- och målområden som personalen försöker möta inom Vuxenhabiliteringen

Inom Vuxenhabiliteringens verksamhet arbetar man med följande behovsområden och målområden för habiliteringsinsatserna som erbjuds patienterna med närstående: Personlig vård inklusive psykisk och fysisk hälsa, personlig (psykologisk) utveckling, hemliv, familjeliv och ekonomi, socialt samspel och kommunikation, fritid/rekreation och samhällsgemenskap, utbildning/arbete/sysselsättning, kännedom om rättigheter och skyldigheter i samhället respektive stöd till patientens närstående.

Funktionsnedsättningen som Habiliteringens personal möter är oftast livslång. Innebörden av att leva med en viss diagnos kan förändras under uppväxten, exempelvis vid diagnosen ADHD. Vissa personer

med funktionsnedsättningar behöver bara få en kortare tids kontakt med Habiliteringens personal. Diagnosen i sig kan säga ganska lite om den enskilda personens fortsatta hjälpbehov. Personer med kombinationer av funktionsnedsättningar får ofta större svårigheter i sina vardagsliv. För vissa personer förvärras funktionsnedsättningen gradvis. Den kan för en del personer medföra en för tidig död.

Efter hand, då vuxna personer med funktionsnedsättningar erbjuds insatser, blir stödet alltmer psykologiskt och socialt inriktat. Stödet är med tiden oftast inriktat mot patientens vardagsliv. Vuxna patienter med omfattande funktionsnedsättningar som innefattar stora medicinska omvårdnadsbehov får till största delen sina medicinska vårdbehov tillfredsställda inom den allmänna hälso- och sjukvården.



Barn- och Ungdomshabiliteringens verksamhet jämförd med Vuxenhabiliteringens verksamhet

Barn- och Ungdomshabiliteringen respektive Vuxenhabiliteringen har, som nämnts ovan, lite olika inriktning i sina verksamheter. Barn- och Ungdomshabiliteringen är en betydligt större organisation och har en mera personalintensiv verksamhet.

Man kan säga att de båda organisationerna på ett sätt har lite olika slags kulturer som påverkas av en mängd olika faktorer. Bland dessa kan nämnas sådana som patientens ålder och utveckling, hur de medicinska hjälpbehoven skall kunna mötas, patientens förhållande till sina föräldrar eller till andra personer i den närmaste omgivningen, patientens faktiska möjligheter att fatta egna beslut och att vara delaktig i rehabiliteringen, betydelsen av att påverka miljöer kring patienten, vilka möjligheter som finns att träna upp funktioner eller hur mycket personalen i stället bör inrikta sig mot att erbjuda andra typer av insatser, vilka roller patienten har behov av att utveckla eller har hunnit utveckla i livet etc.

Barn- och Ungdomshabiliteringen respektive Vuxenhabiliteringen har lite olika identiteter, som det är viktigt att man är medveten om och tillåter inom organisationen Habiliteringen för att de båda verksamheterna var och en skall kunna fungera bra. Då verksamheterna samorganiserats är det viktigt att ta hänsyn till de skillnader som finns och som är motiverade av verksamheternas respektive uppdrag.

Exempel på skillnader i vilka målgrupper man tar emot vid olika Vuxenhabiliteringar i landet

Förutom de nämnda grupperna finns det patientgrupper som tas emot vid vissa Habiliteringar men inte vid andra. Det är motsägelsefullt att samhället anser att det finns behov av att ge särskilt stöd åt personer med vissa diagnoser samtidigt som enskilda Habiliteringar har friheten att bestämma att de inte tar sig an en del av dessa personer. Det kan exempelvis vara så att Habiliteringen i ett visst område med politikernas stöd säger att kommunen inom det geografiska området är ansvarig för alla insatser kring de boende på gruppboenden även om de boende är personer med utvecklingsstörning.

Historiska förklaringar, ekonomiska argument, socialpolitiska diskussioner, kunskaper och attityder i samhället och personernas faktiska stödbehov har nog varit avgörande för vilka målgrupper Habiliteringen hittills tagit sig an. Diskussioner har även förts om att andra målgrupper än de som får stöd vid Habiliteringen idag, att exempelvis personer med svåra reumatiska sjukdomar, svåra allergier, personer som "enbart" är blinda eller döva eller att personer med "enbart" diagnosen Tourettes syndrom, skulle tillhöra Habiliteringens målgrupper.

Det finns idag en del regionala skillnader avseende vilka grupper personalen inom Vuxenhabiliteringen arbetar med. Vid vissa Vuxenhabiliteringar tas exempelvis personer med neurologiska sjukdomar (exempelvis MS, ALS) liksom personer med diagnosen ADHD emot även om dessa personer inte har en utvecklingsstörning eller ett omfattande rörelsehinder som grund i sin funktionsnedsättning. Vid en Vuxenhabilitering tar man emot personer med alla svårighetsgrader av (i vuxen ålder) förvärvad hjärnskada. Vid en del Habiliteringar arbetar man inte med personer med diagnosen Aspergers syndrom utan personer med den diagnosen hänvisas till vuxenpsykiatriens neuropsykiatriska team för stöd- och behandlingsinsatser.

En del diagnoser som berör Habiliteringen är inte lätta att fastställa. Nu pågår exempelvis en diskussion om begreppet "autismliknande tillstånd" och om ifall Aspergers syndrom och olika personlighetsstörningar ibland förväxlas då man försöker sätta diagnos. Habiliteringen arbetar med en mycket heterogen målgrupp. Det är en mycket stor skillnad mellan att leva med en allvarlig utvecklingsstörning på låg nivå jämfört med att leva med en lindrig utvecklingsstörning på hög nivå. Det är exempelvis mycket stor skillnad mellan att ha en autismspektrumstörning och en måttlig utvecklingsstörning och att ha en diagnos som Aspergers syndrom innefattande en normalbegåvning.

Det pågår för närvarande (våren 2009) en statlig översyn av LSS. LSS-kommittén har lämnat ett förslag till en ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning. Översynen kan kanske komma att påverka Habiliteringens framtida målgrupper och de insatser personerna inom målgrupperna kan få tillgång till.



Uppgift att fundera över för dig som arbetar inom Habiliteringen:

Vad hade du för föreställningar om Habiliteringen innan du började arbeta inom Habiliteringen jämfört med din syn på Habiliteringen idag?

Att leva med en funktionsnedsättning

Det är en mycket stor grupp människor i vårt samhälle som lever med funktionsnedsättningar av olika grader. Därför är det svårt att generalisera om innebörden av att leva med en funktionsnedsättning.

Funktionsnedsättningen kan påverka alla delar av barnets och senare den vuxnes utveckling.

Habiliteringen arbetar för vissa grupper av personer som inte har i första hand lindriga utan som ofta har måttliga eller omfattande funktionsnedsättningar. Det är närmast dessa personer jag försöker säga något allmänt om. Ju mer omfattande funktionsnedsättning man har, desto mer behövs personalhjälp.

Om man föds med en skada eller en sjukdom påverkas hela utvecklingen. Följden blir ofta att man får ett begåvningshandikapp. Den i sig är ofta en kombinerad med andra slags funktionsnedsättningar.

Den innefattar ofta att hela personlighetsutvecklingen blir komplicerad och personligheten blir bristfälligt utvecklad i olika avseenden. Det finns en ökad risk för utveckling av psykisk ohälsa vid sidan av den direkta kognitiva, intellektuella funktionsnedsättningen som följt av skadan eller sjukdomen i sig. En mycket bristfällig uppväxt kanske även kan bidra till uppkomsten av en funktionsnedsättning, exempelvis ADHD. De biologiska förutsättningarna samspelar med de psykologiska på ett komplicerat sätt. Den som vill läsa mer om utvecklingspsykologi hänvisas till att läsa en bok jag skrivit tidigare (Dolfe, 2009).

Om man föds med *en neuropsykiatrisk störning* har man inte en direkt skada men ett annorlunda *hjärnfungerande från starten i livet*. Det kan medföra stora svårigheter för personen och ett stort lidande även om personen i många avseenden klarar det mesta eller mycket i tillvaron på egen hand. Om den neuropsykiatriska störningen är kombinerad med ett begåvningshandikapp blir situationen annorlunda. Då får personen vanligen större behov av stöd från personal.

En funktionsnedsättning kan även förvärras senare i livet, antingen plötsligt genom att en skada inträffar *eller i en långsam sjukdomsutveckling*. Den person som drabbas plötsligt kan få krisreaktioner och psykologiska problem som i sig medför stora hjälpbehov. Det kan ta flera eller ibland många år att lära sig fungera på bästa möjliga sätt i helt nya skadeförutsättningar.

Det har stor betydelse i vilken ålder skadan eller sjukdomen uppkommer hos en person och om det är under uppväxttiden eller i vuxenåldern. I vissa fall progredierar, fortsätter utvecklingen av funktionsförsämringen. Vissa sjukdomar medför en gradvis nedbrytning av alla funktioner den drabbade personen dör i förtid. För att kunna förstå funktionsnedsättningens innebörd måste man beskriva hur personen med funktionsnedsättningen fungerar i en mängd olika avseenden. Några viktiga frågor som man behöver ställa är: Är personen påverkad kognitivt – intellektuellt i funktionsnedsättningen? Vilka övriga funktioner är mest påverkade? Har personen ett omfattande rörelsehinder? Hur fungerar personens sinnen? Kan personen förstå sitt eget funktionshinder? Har personen kunskap om sin diagnos? Omfattas och skyddas personen av LSS-lagstiftningen?

Många personer med funktionsnedsättningar berättar om att det är svårt att leva med ”ett osynligt” funktionshinder. Vissa funktionsnedsättningar har innebörden att personernas fungerande kan vara mycket ojämnt och funktionerna växlar från en tidpunkt till en annan. Det skapar en osäkerhet och en otrygghet hos personen att leva med sådana förutsättningar. Det medför även påfrestningar för omgivningen, främst för föräldrarna och syskonen.

En del personer i omgivningen tror att om bara personen med en funktionsnedsättning känner till sin diagnos så kan hon eller han ”skärpa sig” och fungera någorlunda ”normalt”. Det är en missuppfattning. *Den person som har kunskaper om sin funktionsnedsättning kan lära sig en hel del om vad hon eller han klarar, vad hon eller han bör undvika och vad hon eller han kan behöva hjälp med. Men i stor utsträckning behövs även en tolerant och stödjande omgivning för att personen skall kunna få möjligheter att leva ett bra liv i vardagen med sin funktionsnedsättning.*



Exempel på en patientgrupp som det är särskilt angeläget att man hjälper genom yrkesinsatser från Habiliteringen

Att en person har *ett flerfunktionshinder (eller flerhandikapp)* innebär att *utvecklingsstörningen är kombinerad och komplicerad av ett (eller flera andra) funktionshinder*. Det kan exempelvis handla om ett omfattande rörelsehinder, en syn- eller hörselnedsättning, epilepsi, autism, betydande sömnstörningar, svåra smärttillstånd, stora problem med näringsintag, koncentrations- och/eller perceptionssvårigheter. Flerfunktionshindret är olika sammansatt för olika individer. *De olika formerna av funktionsnedsättningar samverkar negativt och förstärker varandra. Gemensamt för de flesta personer med flerfunktionshinder är att de har en utvecklingsstörning och en tidigt uppkommen hjärnskada* som brett ut sig och drabbat flera, kanske många funktionsområden.

Till Habiliteringens viktigaste uppgifter hör att stödja personer med flerfunktionshinder. Den politiskt bestämda inriktningen grundas bland annat i att dessa personer har starkt nedsatt förmåga till egen självständigt fungerande. Personer med flerfunktionshinder har ofta stora brister i att kunna klara sig på egen hand i vardagen. De behöver därför omfattande och varaktiga personalinsatser i vardagslivet. De har redan som barn haft behov av rikligt med omvårdnad och stöd.

Jag vill skriva ett avsnitt om dessa personer för att belysa hur utsatta de personer kan vara som får Habiliteringens stöd. Det är inte säkert att man själv medvetet lider så mycket av att ha en omfattande funktionsnedsättning men man är mycket och ständigt beroende av hur man bemöts av andra människor. Personerna med flerfunktionshinder lever med en utvecklingsstörning som får mycket olika följder beroende av hur djup den är. Det kan ibland ha varit lättare för barnet och senare den vuxne att nå en god anpassning i sin funktionsnedsättning om den inte medfört en betydande kognitiv, intellektuell påverkan. Men personen med ett flerfunktionshinder har olika kognitiva svårigheter.

För att man skall kunna bemöta personen med ett flerfunktionshinder väl måste man kartlägga och ta hänsyn till en mängd områden och tänkbara funktionsnedsättningar hos personen. Men det är alltid mycket viktigt att försöka inrikta sig mot personens resurser och starka sidor. Personen själv behöver, om möjligt, lära känna dem för att kunna använda sig av dem så mycket som möjligt.

Det handikappade barnets diagnos får aldrig bli viktigare än barnet själv som unik person. Barnet och senare tonåringen behöver hjälp för att utveckla en positiv handikappidentitet. Tonåringen med en funktionsnedsättning behöver stöd i att frigöra sig från sina föräldrar, liksom andra tonåringar.

Många barn med omfattande funktionsnedsättningar sedan födseln eller sedan de tidiga uppväxtåren har fått möta särskilda och stora svårigheter under uppväxtåren. Det är många gånger svårt att skilja mellan vad som är medfött och vad som är förvärvat under utvecklingen. Ett funktionshinder kan, som nämnts, även uppstå i en långsam utveckling under vuxenlivet.

Det är vanligt att personen med flerfunktionshinder får svårigheter att knyta an till föräldrarna under den tidiga uppväxten. Personen med den diagnosen får ofta en svagt utvecklad identitet och en skörhet

i sin personlighet. Hon eller han har svårare för att uttrycka sig i ord och hålla inne med sina impulser. Det kan dessutom ha varit svårt för personen att identifiera och uttrycka sina känslor. Personen med ett flerfunktionshinder har annorlunda förutsättningar att fungera i sitt samspel med andra människor. Brister i bland annat grundläggande självkänsla och självförtroende påverkar personens förmågor att kunna fungera på egen hand och i samspel med andra. Personen med den nämnda diagnosen fungerar på en lägre mognadsnivå. Men varje individ skall ändå kunna fungera i det fortsatta livet på grunden av den personlighet som formats under den tidiga uppväxttiden.

En person med ett flerfunktionshinder behöver mycket stöd och skydd. Men hon eller han får inte överbeskyddas. Det finns en risk för att barnet med ett flerfunktionshinder fått för mycket uppmärksamhet för vad det *inte* har varit och för förmågor som barnet haft för lite av. Varje person behöver mötas av rimliga krav och förväntningar utifrån sina förutsättningar. Var och en behöver utifrån sina förutsättningar få göra val i livet och få påverka sin vardagstillvaro. Vid överbeskydd kan problem ofta uppstå och förstärkas med tiden, kanske särskilt för tonåringen med ett flerfunktionshinder. För att kunna klara livet som vuxen behöver man ha fått ta vissa risker. Man behöver även ha fått lära sig att stå ut med besvikelser.

Personalen behöver förstå vilken inverkan funktionsnedsättningen haft under barnets uppväxttid och senare på barnets och familjens upplevelser och på barnets aktiviteter och samspel med omgivningen. Den patient som man ofta möter inom Habiliteringen har haft en uppväxttid som varit annorlunda och starkt färgad av flerfunktionshindret. Personen har annorlunda uppväxtförutsättningar än de flesta andra människor. Men hon eller han har naturligtvis samma behov som alla andra människor. Varje människa behöver vara älskad, respekterad och ha gemenskap med andra människor. Var och en av oss har behov av att ingå i olika sociala sammanhang.

Hela familjen påverkas av att en medlem i familjen vuxit upp med ett flerfunktionshinder. Föräldrarna som haft ett barn med ett omfattande funktionshinder från födseln har ofta upplevt olika former av stress som ekonomiska svårigheter, känslomässiga problem, påverkan av familjens roller, umgänge med andra etc. Man har ofta känt att man behövt kämpa, både för barnets rätt till olika former av stöd och för att finna ett slags personlig mening i den situation man hamnat i. Många föräldrar till barn med flerfunktionshinder känner en stark oro för hur deras barn – som ju med tiden blir vuxna – kommer att få stöd i samhället den dag föräldrarna inte längre orkar och kan bevaka deras rättigheter. Arbetet för personer med flerfunktionshinder utmanar allas vår människosyn och våra etiska grundprinciper.



Uppgifter att fundera över:

En anhörig till en person med ett flerfunktionshinder (och det finns liknande uttalanden från andra personer) har uttryckt påståendet att "det går en osynlig men mycket starkt upplevd skiljelinje mellan personer med eller utvecklingsstörning".

Den skiljelinjen skulle då ta sig uttryck så att en patient som "bara" är utvecklingsstörd är betydligt mindre "intressant" och engagerande för personalen inom Habiliteringen jämförd med en patient som har en klar medicinsk diagnos av annat slags.

Hur ser du på detta påstående? Har du sett exempel på sådana skillnader i praktiken?

Vad tror du kan vara några av drivkrafterna för yrkespersoner som ägnar sin arbetstid åt att hjälpa personer med mycket omfattande funktionsnedsättningar?

Del 2: Habiliteringen och samhället

Habiliteringen och samhället

Samhällsandan vs personer som lever med funktionsnedsättningar

Som anställd yrkesperson inom Habiliteringen kommer man att avspegla samhällsvärderingar. Man har till uppgift att vara bärare av de politiska mål som styr vård, omsorg och sjukvård, bland annat inom handikappverksamhet.

Verksamheten inom Habiliteringen är inriktad mot att stödja vissa utsatta och resurssvaga grupper av personer med funktionsnedsättningar. Dessa personer kallades tidigare för brukare men numera kallas de, enligt Socialstyrelsens rekommendationer, allt oftare för *patienter*. Patienten kan (utifrån en naturvetenskaplig syn) ibland ses som en person som är "föremål" för en medicinsk behandling. Patient kan härledas ur det latinska ordet *patiens* och då menas en person som lider, som uthärdar. I vardagsspråket ser man inte en sjuk person som patient innan hon eller han har fått medicinsk vård. I personalgrupper på gruppboenden och dagliga verksamheter har jag nu ibland hört nämnas att man igen börjar kalla brukarna/personerna man arbetar för som det mer neutrala "medborgare"!

Habiliteringen är omgiven av ett samhälle som i stor utsträckning betonar effektivitet, ett rationellt fungerande och som många gånger uppmuntrar individuellt självhävande. Många verksamheter som arbetar med vård betraktas idag närmast som industriella system, som kan och bör effektiviseras. I det marknadsekonomiska och kapitalistiska samhället ses människan närmast som en förslitningsvara som det gäller att använda sig av så länge hon är effektiv! I det tänkandet värderas människan efter hur nyttig och produktiv hon är! Då finns det en risk för att man bortser ifrån att människan har ett egenvärde.

Vi lever i ett samhälle som värdesätter styrka och framgång och i vilket ytan, det som syns, ofta hålls fram. I vårt samhälle betonas även vikten av individens självförverkligande och den enskildes prestationsförmåga. I kulturen i stort i samhället finns budskapet att vi alla skall fungera på ett bra sätt i samhället. Helst skall vi vara "lyckade" och prestera mycket. Vårt samhälle ställer allt större krav på att den enskilda individen skall kunna hämta in komplex information snabbt. Var och en i vårt samhälle förväntas kunna vara flexibel, problemlösande och stresstålig. Detta ligger vanligen långt ifrån förutsättningarna hos personerna med omfattande funktionsnedsättningar. De personerna brottas ofta med sina svårigheter i kognitiva (eller intellektuella) funktioner. Samhällssynen som benämns ligger långt ifrån Habiliteringens ideal.

Solidaritet som samhällsideal har inte ökat i stort under senare år. Men *Habiliteringens verksamhet uttrycker en solidaritet just med de svagaste och de mest utsatta människorna i vårt samhälle. De svagaste människorna förtjänar inte den solidariteten för att de är duktiga utan just för att de är utsatta människor i vårt samhälle.* Det tar tid att uppnå solidaritet i samhället. Solidaritet kräver självdisciplin som att individuell egoism hålls tillbaka.

Vi lever i ett motsägelsefullt samhälle. Det erbjuder exempelvis i ökande utsträckning blivande föräldrar fosterdiagnostik, som gör det möjligt att abortera foster med allvarliga missbildningar och vissa sjukdomar. Samtidigt skall vi i samhället ha en beredskap att ta emot och ge ett gott stöd åt de personer som föds med omfattande funktionsnedsättningar. Olika stödformer till de svårt funktionshindrade, exempelvis personlig assistans, är mycket kostsamt för samhället och kostnaderna för det stödet ökar. Samhället söker nu besparingsmöjligheter på assistansen samtidigt som stödet för personer med omfattande funktionsnedsättningar officiellt ses som mycket angeläget.

Barn föds idag i det svenska samhället av äldre mödrar än tidigare, vilket bidrar till att en hel del barn ändå föds med missbildningar trots möjligheterna vid fosterdiagnostik. Många mycket för tidigt födda barn överlever numera i större utsträckning liksom vuxna som förvärvat svåra hjärnskador, exempelvis genom trafikolyckor eller blödningar. De medicinska framstegen gör att allt fler svårt skadade

överlever. Var och en av dem har rätt att få bra liv i vårt samhälle. De kan behöva omfattande stöd och kanske stöd i resten av livet för att kunna uppnå goda vardagsliv. Ett motto för brukarorganisationen Hjärnkraft lyder: "Ett liv skall inte bara levas utan vara värt att leva".

Vårt samhälle skall ha plats för alla medborgare, oberoende av deras förutsättningar. Vårt samhälle skall, enligt den officiella socialpolitiken i Sverige, garantera ett bra liv för var och en i samhället.

"Den som är mycket stark måste vara mycket snäll!" (citat Astrid Lindgren).



Uppgift att fundera över:

Med ord uttrycker man ibland en faktisk verklighet och vid andra tillfällen vill man med ord visa på en önskad verklighet. Hur kommer det sig, tror du, att Socialstyrelsen nu väljer ordet patient framför den tidigare oftare använda begreppet brukare för de personer som får insatser inom Habiliteringen?

Patientorganisationerna (brukarorganisationerna) och Habiliteringen

Patienterna inom Habiliteringen företräds av olika organisationer. Det finns ett stort antal sådana handikapporganisationer. Till dem som Habiliteringen framför allt samverkar med kan nämnas FUB, RBU, Föreningen Autism, Hjärnkraft, RTP och DHR.

En mängd brukar- eller handikapporganisationer är samorganiserade i HSO, Handikappförbundens Samorganisation. 2000 antogs i Sverige den redan benämnda nationella handlingsplanen Från patient till medborgare. Den håller på att genomföras och förväntas vara genomförd 2010. HSO driver på i det arbetet.

HSO påverkar även hur man vid sjukvårdens utformning behöver och skall ta särskild hänsyn till personer med funktionsnedsättningar. HSO bevakar att man i samhället för personer med funktionsnedsättningar tar hänsyn till FN:s konventioner för mänskliga rättigheter. HSO engagerar sig i hur vård och habilitering skall kunna utformas med en god kvalitet och med hänsynstagande till möjligheterna att finna och att välja evidenta behandlingsmetoder. (Jag skriver mer om evidens och kvalitetsfrågor längre fram). HSO har ett även ett inflytande vid politiska beställningar av verksamheter inom Habilitering och över hur avtalen som styr beställningarna formuleras. Handikapporganisationerna är en viktig samverkanspartner för Habiliteringen. Habiliteringen har till uppgift att ha kontinuerliga dialoger med brukarorganisationerna.



Habiliteringens värdegrund

En humanistisk människosyn

Värdegrunden är ett antal *grundvärderingar* som skall finnas och påverka arbetet *såväl i hela organisationen som i den enskilda personalgruppen*. Värdegrunden skall vara ett stöd, en vägledning i alla tänkbara arbetssituationer. Värdegrunden är bland annat till hjälp när man söker förhållningssätt mot patienten i arbetet. Värdegrunden måste vara någorlunda tydlig. Människosynen som uttrycks i personalgruppen blir en del av värdegrunden. Den människosynen är, i sin tur, en avspiegling av djupare värderingar i samhället.

Svenska samhällets sociallagstiftning och vårdlagstiftning bygger på en *humanistisk människosyn*. Det går inte att bevisa att den humanistiska människosynen är riktig. Men det är den som är antagen som en grund för vård och social verksamhet. Den humanistiska människosynen beskriver människans väsen. Den humanistiska människosynen kompletteras bland annat med de mänskliga rättigheterna, som är formulerade och fastslagna av FN-konventioner. FN:s standardregler har haft betydelse för framväxten av den moderna Habiliteringen.

Inom Habiliteringen grundar man också sin verksamhet på en humanistisk människosyn. Enligt den humanistiska människosynen och ”människovärdesprincipen” har alla människor samma värde just i att man är en människa. *Med den humanistiska människosynen försöker man se individen bakom funktionsnedsättningen och se den enskilda personens individuella behov. Människan är, enligt den humanistiska människosynen, i första hand en unik person med ett unikt värde.* Detta är hon även då hon inte gör nytta eller är nyttig. Människovärdet är absolut och är knutet till människans existens. Ingen är eller blir förmer än någon annan genom att man har vissa förmågor, är duktig, högpresterande, framgångsrik, begåvad, rik, har en viss livsstil, tillhör en viss släkt, är välutbildad, har en särskild titel etc. I den humanistiska människosynen betonas att *alla människor är unika och betydelsefulla*. Det är även alla människors ansvar att stå upp för och försvara alla personers lika värde och allas lika rätt. Det är varje människas plikt att inte tolerera diskriminering av något skäl.

Alla människor är på ett sätt förenade i existensen med varandra just genom att vi är människor. Vi skall ha en respekt för varje människa, varje individ och varje persons unika värde. Människan har rätt till ett värdigt bemötande i livets alla faser. *Människan har ett okränkbart värde. Vi har alla rätt till att bli älskade bara för att vi lever, bara för att vi är.*

Den humanistiska människosynen, som jag nu utvecklar vidare, gäller gammal som ung. Den humanistiska människosynen kan ofta förstås och tillämpas genom att den kombineras med utvecklingspsykologiska kunskaper och ta hänsyn till den enskilda patientens förutsättningar i sin ålder. Människors individuella erfarenheter är av största värde.

Att människor har samma värde innebär inte att alla människor är lika och presterar lika. Alla människors lika värde är ett av samhällets officiellt starkaste grundfundament. Men människor kan och får behandlas olika av andra orsaker. Mångfald förutsätter att det finns ett värde i att människor är just olika. De vanligaste grunderna till diskriminering eller negativ särbehandling i vårt samhälle är ålder, kön, etnisk tillhörighet, funktionshinder, religion eller annan trosuppfattning samt sexuell läggning och annorlunda könsidentitet.

Det är mycket som händer i livet som vi människor inte ser det som möjligt att påverka. Men *i den humanistiska människosynen ses en person som medveten, väljande och ansvarstagande* efter förmåga. Varje människa har sina avsikter och sina mål. Olika människor har naturligtvis olika förutsättningar att kunna ta ansvar och att kunna göra medvetna val. Medvetenheten varierar mellan olika människor. En människa handlar (oftast) med avsikter. Därför måste man försöka förstå vars och ens uttryckssätt, även då uttryckssätten förefaller svårgripliga och annorlunda. Att människan handlar

efter sin vilja stärker hennes unika existens. Människan har förmågor att utvecklas på olika sätt. Hon kan därigenom förverkliga sin mänsklighet.

Människan formas av sitt arv och sin uppväxtmiljö och varje människa har sina unika förutsättningar och sin unika personlighet. Människan har tillgång till ett språk, en fantasi, hon kan föreställa sig saker och kan göra upp handlingsplaner. Varje människa styrs av sina behov. Men människan har också en vilja och hon kan välja och handla och hon kan utifrån en viss medvetenhet ta ansvar för sina val och sitt handlande. Människan har en förmåga att värdera sitt eget handlande.

Varje individ har ansvar för att göra olika val i sitt liv. Men varje människa har också ett slags frihet och är inte bara styrd av sin biologiska natur, det genetiska arvet eller den sociala miljön. Människan är en biologisk organism men hon är även *aktör i sitt eget liv* och en person med ett unikt egenvärde. Varje individ väljer utifrån sina förutsättningar. De valen bör man ha stor respekt för. Men olika människor har inte samma förmågor, samma förutsättningar att välja. Vi kan välja utifrån olika motiv men idealt väljer människan utifrån sina innersta övertygelser. Våra mänskliga liv består av en mängd beslut. Att välja är att existera. Vi väljer i våra liv efter våra förmågor och våra val påverkar våra fortsatta liv. "Livet kan bara förstås bakåt, men måste levas framåt" (cit. Sören Kierkegaard). Vi väljer så väl vi kan i varje ögonblick av livet även om följderna av våra val ofta blir tydliga först i efterhand.

Med den humanistiska människosynen som grund försöker man förstå människors inre liv. Det är viktigt att inte se någon person som "omöjlig" att förstå sig på. Människor har rättigheter och i varierande utsträckning möjligheter att kunna fungera självständigt. Varje individ har *rätt att få utveckla sina inneboende möjligheter*. I detta ingår rätten för var och en att få bestämma över det mesta i sitt liv och att var och en har *rätt till ett så självständigt fungerande som möjligt*. Människan har rätt att i stor utsträckning få bestämma över sitt eget liv. Alla människor har stora rättigheter att vara sådana som de är även om var och en också har en skyldighet att följa samhällets lagar och regler. Varje människa kanske har ett slags livsuppgift som är just hennes?



Den humanistiska människosynen kan utvecklas vidare: Varje individ har rätt till en *personlig integritet*. Det innebär att man inte får kränkas av andra människor utan var och en skall bli respekterad av andra människor och har rätt att bli bemött på ett värdigt sätt. För den som är mycket beroende av andra människors stöd är risken stor för att man skall få uppleva en integritetskränkning, kanske rent av gång på gång. Jag återkommer lite längre fram till integritetsbegreppet.

Varje människa har rätt att i mycket stor utsträckning få bestämma över hur man vill leva sitt liv och ha det i vardagen. Man kan behöva hjälp av personal för att kunna forma sitt liv på det sättet. Patienten har rätt till att ha ett stort inflytande över vården, såväl inom sjukvårdens som inom Habiliteringens verksamhet. Det är inte personalens sak att ensidigt avgöra vad som är bäst för patienten!

Som personal inom Habiliteringen får man ofta makt över andra människors vardag. Den makten måste personalen vara medveten om och lära sig hantera på bästa sätt. Det är oerhört viktigt att man som yrkesperson visar god omtanke, empati, lyhördhet, respekt och att verkligen lyssnar väl på den man ger stöd åt. Varje människa har rätt att bli bemött på det sättet. Personal kan även genom att vara

för beskyddande göra att den andra personens upplever sig ha ett mindre människovärde. Personalen måste arbeta med sin etik varje dag.

Människan handlar mest på grundval av sitt förnuft men även av sina känslor. Människan har en potential för att uttrycka godhet, kärlek och oegennyttia men även aggressivitet och grymhet av olika slag. Människan utvecklar naturligen en empatiförmåga under sin uppväxt och hon kan leva sig in i hur andra människor har det och hur de mår.

Då man arbetar för att främja livskvalitet måste man ta ställning till människans natur, människans behov, människans sinnen och vad som i övrigt är viktigt i det att man är människa. Det vi ser som grundläggande, nödvändiga mänskliga funktioner kan vara påverkade, litet eller mycket, i en funktionsnedsättning.

Organisationens människosyn och dess grundvärderingar utgör en mycket viktig bas för verksamheten inom Habiliteringen. Varje team behöver dessutom arbeta sig fram till sin gemensamma värdegrund.



Uppgifter att fundera över:

I ett TV-program under våren 2009 behandlades åldringsvården i Sverige sådan den tar sig uttryck om en äldre person beviljats stöd inom ett särskilt boende. Programmet pekade på att äldre personer i den vårdssituationen helt saknar lagligt bindande rättigheter som är möjliga att överklaga om de inte följs. De flesta boende kom exempelvis sällan eller aldrig ut på promenader utanför bostaden. Få boende hade tillgång till en meningsfull individuellt anpassad fritidsverksamhet. Sådana lagligt bindande rättigheter finns inskrivna för alla som vistas på kriminalvårdsanstalter och en mängd benämnda husdjur i Sverige har rätt till att vistas ute dagligen.

Vad säger dessa fakta oss om människosynen inom åldringsvård i Sverige? Går dessa fakta ihop med den humanistiska människosynen?

Hur skulle du själv med enkla ord beskriva din egen syn på vad som är det viktigaste med att vara människa? Bör synen på en människa påverkas av vilken ålder hon är och om hon har förmågor att kunna ta hand om sig själv?

I en skämtteckning i Göteborgs-Posten nyligen uttryckte ett par äldre herrar: "Att det är svårt att bara vara människa upptäcker man strax efter att man pensionerats". Vilka blir dina funderingar när du läser det uttalandet?

En helhetssyn

Helhetssynen man använder sig av inom Habiliteringen innebär att man försöker se, lyssna sig in på och förstå alla delar av hur en person har det i livet och i sitt samspel med andra människor. Helhetssynen innebär att man ser till alla människans behov, de fysiska, de psykiska/psykologiska, de sociala och de existensiella/andliga behoven.

Helhetssynen innefattar även att patienten/personen hela tiden är i fokus, i centrum vid alla yrkesinsatser. Det blir exempelvis olika betoning av att säga "en person med en utvecklingsstörning"

jämfört med att tala om ”en utvecklingsstörd person”. *Det är viktigt att framhålla individen, personen och inte i första hand funktionsnedsättningen.*

Personen som kommer i kontakt med Habiliteringen har rätt att få alla sina behov uppmärksammade och bedömda av kompetent personal. Det är inte säkert att patienten själv har så lätt för att beskriva och se helheten i sin tillvaro. Det är inte heller givet att patienten så lätt kan förstå vad personalen gör, kan göra och varför. Men personalen måste hela tiden eftersträva att patienterna känner sig delaktiga i habiliteringsprocessen.

För att få del av helheten behöver yrkespersonerna ta del av människors berättelser om sina liv och personalen behöver arbeta med långa tidsperspektiv. Det krävs ett djupt medmänskligt perspektiv och ett ”inifrånperspektiv” för att man på djupet skall kunna förstå hur personen med en omfattande funktionsnedsättning har det i sitt liv. Det krävs dessutom att yrkespersonen kommunicerar på ett bra sätt som tar hänsyn till den enskilda patientens förutsättningar, bland annat kring att förstå och att delta i ett kommunikativt samspel.

Habiliteringens personal måste i stor utsträckning vara inriktad mot att lyssna på vad individen med funktionsnedsättning vill göra i sitt liv och med sitt liv. Men det är inte givet att Habiliteringen kan och skall försöka möta alla personens hjälpbehov inom ramen för Habiliteringens insatser.

Jag har sett beskrivningar vid vilka man med helhetssyn avser att de anställda skall vara informerade och kunniga om organisationen de tillhör och arbeta på ett lojalt sätt mot den organisationen. Men detta är att använda begreppet helhetssyn på ett missvisande sätt.



Uppgifter att fundera över:

Finns det något som du ser som särskilt viktigt att man innefattar i helhetssynen?

Tycker du själv att det händer att begreppet helhetssyn ibland används på ett ytligt eller missvisande sätt? Kan Du ge några exempel på det?

Ett salutogent tänkande

Habiliteringen kännetecknas inte alltid av det salutogena synsättet. Men Habiliteringen har enligt min uppfattning stor nytta av att tänka och att arbeta salutogent och av att utveckla det salutogena tänkandet. Därför vill jag benämna lite om innebörden av det salutogena synsättet. För en fördjupning i ämnet hänvisar jag till den bok jag tidigare skrivit om salutogent motivationsarbete (Dolfe, 2006).

Vid ett salutogent tänkande betonas hela tiden det som skapar hälsa i en persons liv och det som kan påverka hälsan i positiv riktning. Det finns salutogena faktorer (hälsobefrämjande faktorer eller ”friskfaktorer”) som kan skydda en person mot att utveckla kroppslig och psykisk ohälsa. Sådana friskfaktorer är exempelvis en trygg anknytning under uppväxten, en positiv självbild, förmåga att uttrycka sina känslor, om man kan känna hopp inför framtiden, om man har kunnat utveckla goda relationer, att man får stöd från omgivningen, att mötas av humor, att man kan skratta och att ha roligt. Vår kropp behöver må väl och vår hjärna behöver ha roligt och få stimulans.

Det gäller att kunna se, *lägga märke till och fokusera på en persons starka sidor* i stället för att betona svårigheterna, problemen, svagheterna. Men vi är ofta mer tränade i att kunna se det patogena, det sjukliga, det avvikande. Många inslag i vårt samhälle och i vår kultur snarast motverkar det salutogena tänkandet. Vi behöver se och *ta vara på människors kunskaper och resurser*. Vi behöver betona det som just den enskilda personen är bra på. Var och en behöver få uppleva framsteg, framgångar och få uppmuntran. Det är viktigt att kritisera en person försiktigt när det går dåligt för honom.

Alla är bra på något! Det är också viktigt att vara inriktad mot *att finna kreativa problemlösningar*. Hur kan vi bidra till att människor kan lära sig nya saker? Man försöker framför allt lära sig av det som fungerar bra för att finna andra lösningar. Alla människor möter dessutom motgångar. Vi kan lära oss av dem snarare än att fastna i besvikelser över dem. Ibland behöver en person, kanske en patient inom habiliteringen, tillåtas göra misstag – för att med tiden kunna lära sig av dem. Den salutogena inriktningen innebär inte att man förnekar svårigheterna som en patient har. Men man försöker finna vägarna att stödja personen/patienten att kunna fungera bra i vardagslivet trots sina svårigheter. Man behöver *skifta fokus från hinder till möjligheter*. En människa som möts av *positiva förväntningar* får ofta större möjligheter att klara av olika saker.

Det salutogena tänkandet är *situationsorienterat* i stället för problemorienterat eller orsaksorienterat. Man betonar hur viktigt det är att *ta vara på och leva i nuet*. *Synsättet är dessutom ofta framåtsyftande* snarare än bakåtriktat. Synsättet kan bidra till att *skapa hopp om vad som är möjligt att uppnå, nu och i framtiden*. I det salutogena synsättet söker man *positiva exempel, förebilder och framtidsbilder*. Man kan locka fram drömmarna och undersöka om de går att förverkliga. I det salutogena synsättet tror man på djupet positivt kring människan och hennes möjligheter. Man tror på människans goda föresatser.

Vi behöver öva upp våra tankebanor för att lära oss tänka på det positiva. Man kan lära sig att vända negativa tankar till positiva tankar. Genom det kan den enskildes självkänsla stärkas liksom hennes eller hans självständighet och personens strävan efter egenkontroll. Det är viktigt för var och en att man i stor utsträckning inriktar sig mot det som gör att man mår bra i tillvaron. Det kan även vara så att en person behöver lära sig vad man bör välja bort. I det salutogena synsättet ses livet som *ett växande, en utveckling med ständigt nya möjligheter*. Vi människor har stora möjligheter inom oss själva. Under goda villkor kan varje människa utveckla många av sina förutsättningar. Det är viktigt att vi lär känna oss själva och att var och en får känna sig som någon speciell. Var och en av oss kan växa och mogna genom det som inträffar i livet. Det gäller att se hur mycket positivt det faktiskt finns i livet och att inte fastna i det som kanske inte blivit som vi tänkt oss. Om vi i våra sinnen är öppna för nya erfarenheter får vi oftare uppleva positiva saker.

Personal inom Habiliteringen (och i andra vårdverksamheter) kan utöva det salutogena synsättet genom sitt sätt att inspirera, stödja, stimulera och uppmuntra patienten i hennes eller hans utveckling. I det goda bemötandet av patienterna behöver finnas många inslag av det salutogena tänkandet. Personalen behöver fråga sig *hur man kan frigöra och stödja patientens allra bästa sidor*: Vad kan göra att just den personen tycker att hon eller han har eller kan få ett gott liv? Varje person behöver för att kunna må väl känna sig vara kompetent i en mängd avseenden. Var och en behöver finna sin balans mellan ansträngning och avkoppling och återhämtning. Om man betonar en personens möjligheter kan det även bli lättare för personen att kunna acceptera sina begränsningar.



Uppgift att fundera över:

Ge exempel på sådant som du tror påverkar din egen kroppsliga och psykiska hälsa på ett positivt sätt!

Vad tänker du om följande uttalande av David Lega: ”Det är mycket viktigare att vara unik än att vara annorlunda”?

Etiska aspekter inom vård- och handikappverksamhet

Inom Habiliteringens verksamhet aktualiseras många etiska frågeställningar. De handlar bland annat om den enskilda människan ställd mot det offentliga och om hur man skall värdera och prioritera i det dagliga arbetet inom Habiliteringen. Problem uppstår bland annat om hur man skall få ihop ideal med verklighet. En organisations verksamhet kommer att präglas av de grundläggande värderingarna och etiken som finns i organisationen. Dessa skall genomsyra personalens dagliga handlande.

Etik är läran om seder, vanor och bruk – eller översatt i arbetssituationer – rutiner. Vi utarbetar rutiner för att underlätta arbetet. Rutinerna kan uttrycka summan av olika kunskaper och yrkesskickligheter. De kan även bana för utvecklingen av ny kunskap. Dessa rutiner behöver alltid ta hänsyn till patientens diagnos, den unika individens förutsättningar och patientens aktuella tillstånd. Rutinerna kan främja en god etik men gör det inte alltid.

Bakom etikorden finns ett inre tankesätt kring *vad som är rätt och vad som är fel. Etik är reflektioner över de värderingar som styr oss i vårt handlande.* Etik innefattar att man reflekterar över grunden till mänskliga värderingar. Våra värderingar påverkar hur vi tänker och vad vi gör. Det etiska reflektandet förutsätter att vi människor har en förmåga till empati (känslomässig inlevelse med en viss förmåga till distansering samtidigt) och att vi har ett samvete, ett slags grundläggande uppfattning om vad som är rätt eller fel. Etiken är ett ramverk för våra handlingar. Etiken hjälper oss att tänka ut vad som är rätt innan man sätter saker i system. Etiken bidrar till att vi kan handla på ett bra sätt. Etik är studiet av moral, en reflektion och en analys över vad som är moraliska riktiga beslut och beteenden. Etiken behöver sammansmältas med vårt tänkande i stort.

Det finns olika former av etik. Med *pliktetik* brukar man framhålla att en handling moraliska kvalitet är mycket viktig. *Nyttoetik* innebär att den största nyttan av en handling skall vara vägledande. Inom *konsekvensetik* värderas konsekvenserna av en handling.



Det finns ett antal etiska principer som utgör lämpliga verktyg för etiska analyser. En statlig utredning, som presenterade sitt slutbetänkande 1995, lade *ett slags etisk plattform för handlande inom vård och omsorg och även en viss grund för prioritering.* Hälso- och sjukvårdslagen benämner de tre principerna. Plattformen skall alltid finnas med då man gör upp vårdprogram, habiliteringsprogram etc. Utredningen framhöll tre grundläggande principer: Människovärdesprincipen, principen om behov och solidaritet och principen om kostnadseffektivitet.

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Om man följer människovärdesprincipen konsekvent bör patienter med störst behov bli prioriterade, även om de är gamla, sjuka, svaga, funktionsnedsatta, rent av döende.

Behovs- eller solidaritetsprincipen uttrycker att resurserna bör satsas solidariskt på de områden och på de individer där behoven är störst. Inom Habiliteringens verksamhetsområde är det vanligt att patienterna med de största funktionsnedsättningarna inte har förmågor att uttrycka sina behov och att tydligt förmedla vad de behöver hjälp med. Det blir ofta företrädares sak att beskriva hjälpbehoven och personalens sak att bedöma dem. I habiliteringsplanerna, som görs upp inom Habiliteringen, anges därefter hur man kan möta patientens behov på lämpligaste sätt med olika yrkesinsatser.

I *kostnadseffektivitetsprincipen* framhålls att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att *utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt*. Man skall eftersträva en hög patientsäkerhet och en god kvalitet i vården. Det är ett ökande problem inom sjukvården att fler verkningsfulla behandlingar är så dyra att de riskerar att ges på bekostnad av annan vård och behandling. Detta problem finns även inom Habiliteringens verksamhetsområde.

Människovärdesprincipen, eller alla människors lika värde, är grundläggande för all personal med direkt ansvar för vård och behandling. Politikerna och övriga beslutsfattare har till uppgift att se till att insatserna tar hänsyn till den andra benämnda principen som tar sikte på människors olika behov och att vi har en solidaritet med de svagaste, de mest utsatta i vårt samhälle. För politiker och beslutsfattare finns även ett särskilt ansvar för att anställd sjukvårds- och behandlingspersonal verkligen utför sina insatser på ett kostnadseffektivt sätt och att man använder sig av metoder som är verkningsfulla. Detta får man bland annat granska vid uppföljningar eller kvalitetssäkringar av verksamheten liksom vid verksamhetsutveckling.

Här benämns ytterligare några mycket viktiga etiska principer: Principen att minimera lidande, principen att maximera godhet samt rättvisepincipen. *Principen att minimera lidande* innebär att man inte bör skada någon och skapa lidande i världen. Om man har att välja mellan två eller flera handlingsalternativ bör man välja det alternativ som orsakar minst skada.

Principen att maximera godhet innebär att man ser det som att varje människa har en uppgift att försöka göra gott.

Rättvisepincipen innebär att vi alltid bör eftersträva rättvisa. Vi har till uppgift att försöka vara rättvisa i allt vårt handlande. Lika problem, åkommor bör behandlas lika. Ingen skall särbehandlas om det inte finns etiskt relevanta skillnader som grund för en sådan särbehandling. Alla människor i vårt land har exempelvis rätt till samma vård oavsett ålder eller yttre omständigheter. Rättvisepincipen är en väsentlig utgångspunkt i prioriteringsdiskussioner.

Inom sjukvården skall man bland annat bidra till att *förbättra (och ibland bota) människors hälsa och bidra till att människor får en förhöjd livskvalitet*. Inom Habiliteringen arbetar man också och i stor utsträckning för livskvalitet. Jag skriver mer om livskvalitet längre fram. Många gånger utförs insatserna för patienterna inom Habiliteringen med målen att *motverka en försämring hos patienten*. Man försöker ofta *bidra till att patienten kan behålla sin funktionsnivå*.

Om integritet och självständighet/autonomi

Yrkesrelationen skall präglas av att man bemöter den person man har till uppgift att hjälpa i sitt yrke med hänsynstagande till dennes behov av *integritet*. *Integritet innefattar människovärde, frihet och självbestämmande*. Integriteten är en grund för människovärdet och autonomi är ett skydd för människovärdet. Vi har vår integritet under hela vårt liv. Varje människa har rätt att i mycket stor utsträckning få vara och uttrycka sig just som den hon är. Det innebär att var och en har rätt att bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar under förutsättning att personens handlande inte kränker andras självbestämmanderätt. Personens självbestämmande måste respekteras av omgivningen. En person kan även bestämma sig för att i vissa frågor inte välja att bestämma själv.

Förmågan hos en person att uttrycka sin självständighet kan vara starkt nedsatt hos personen. Det kan handla om en tillfällig nedsättning som vid ett allvarligt akut medicinskt tillstånd. Autonomi kan vara bristande, avtagande men ibland även spirande. Bristande autonomi kan handla om en bestående nedsättning hos en person, som vid en omfattande funktionsnedsättning. Det blir då än viktigare att upprätthålla individens integritet som ett slags sköld kring individen. I vissa situationer blir det vårdpersonalens uppgift att arbeta för att bevara, försvara och kanske rent av återupprätta människovärdet hos patienten, som befinner sig i en mycket utsatt situation.

Att en människa bemöts med respekt för hennes integritet betyder att varje människa har rätt att få upprätthålla sin värdighet oavsett yttre förhållanden. Integritet handlar om att en annan människa inte får kränkas och att hon har rätt till en hög grad av oberoende, även i de mest utsatta situationer. Människovärdet kan hotas av en omfattande funktionsnedsättning. Varje människa har rätt att bli respektfullt bemött i alla situationer. Hon skall ha möjlighet att själv bestämma – så mycket som det går, även i utsatta situationer.

Men många patienter kan behöva ett omfattande skydd i vardagslivet – samtidigt som de har kvar rätten till ett självbestämmande. Det är en motsägelse som Habiliteringens personal mycket ofta möter liksom annan personal som finns nära patienten i dennes vardagsliv.

Integritet ligger nära *revir*-begreppet. Varje person skall ha rätt till *ett slags skyddsmur, en gräns kring det personen vill behålla privat*, ett revir. Det fridlysta området kan vara kroppsligt men det kan även vara materiellt. Det kan handla om att personen har behov av att skyla sin nakenhet eller önska behålla sina personliga vanor för sig själv. Det kan handla om ett geografiskt område som personen vill ha för sig själv. Revir kan även handla om ett erfarenhetsområde eller ett kunskapsområde, som personen vill behålla för sig själv eller som personen önskar att omgivningen skall ha respekt för.

Etikens redskap

Etiken har flera utgångspunkter, fem redskap: Intuition, samvete, empati, förnuft och förhållandet mellan fakta och värderingar. Då vi bemöter människor *måste etikens känslomässiga sida*, som byggs upp just av intuition, samvete och empati, *kompletteras av en förnuftsmässig sida*. Den innebär att vi som yrkespersoner tänker efter hur vi skall handla. Vi måste således både känna efter och tänka efter när vi försöker nå fram till ett gott bemötande av människor vi möter inom Habiliteringen. Vi bör handla efter det vi tror på med hjärnan men även efter hur vi känner med hjärtat. Jag skriver mer om ett lämpligt bemötande längre fram.

Etik och organisation

Ibland blir det svårt att få ihop den praktiska verkligheten med de övergripande mål som är ledstjärnor för Habiliteringens verksamhet. Hur skall man exempelvis man kunna arbeta för ett självständigt fungerande hos den person som har starkt nedsatta funktioner som mycket bristfälliga förmågor i olika kognitiva avseenden? Brister i samverkan, i tid och i andra resurser kan leda till att man inte gör det som upplevs som etiskt riktigt. Etiken finns sällan benämnd i kartläggningen av arbets- och vårdprocesser, som är instrument för att beskriva och utveckla verksamheten.

Alla personer, patienter har inte samma förmågor att kunna uttrycka sina hjälpbehov och alla patienter har inte goda företrädare som kan hjälpa till med den uppgiften. Som skildrats ovan arbetar Habiliteringen med personer inom målgrupper i vilka personerna har komplext sammansatta och mycket omfattande stödbehov. Utvecklingen mot en ökad specialisering kan försvåra att helhetssynen alltid styr arbetsinsatserna och att de etiska principerna följs i praktiken.

En organisation har sin inneboende etik. Det betyder att det inom organisationen finns olika tänkesätt, ett slags karaktär liknande den som olika individer har. Man tänker olika inom olika organisationer.

Organisations invävda etik kan understödja de anställdas faktiska etik i olika arbetssituationer. Men olika organisationer kan ha mycket olika sorters etik under ytan. Det är inte alltid som systemet, organisationen i praktiken bär upp och understödjer värdegrunden och etiken som de anställda förväntas ha i sina yrken.

Inom etiken behöver man även få ställa de riktigt svåra frågorna, som ibland kanske till och med upplevs förbjudna. På varje arbetsplats behövs därför kontinuerliga etiska diskussioner och analyser så att man kommer fram till att det man gör i teamet och på Habiliteringen i stort är det rätta att göra.

Yrkespersonens medvetande och erfarenhet samt den enskilda individens/patientens förutsättningar kommer att inverka på hur de etiska principerna utövas i praktiken i olika yrkessituationer. Den humanistiska människosynen måste kompletteras av ett gott etiskt handlande som bland annat bygger på de nämnda etiska grundprinciperna. I det praktiska arbetet kan olika etiska principer hamna på kollisionkurs med varandra.

Personalen är ansvarig för de val man gör i olika arbetssituationer. Det man uttalar i sina yrkesroller måste man kunna stå för. Men personalen får även ibland uppleva att patienten kanske bemöts inhumant, orättvist på grund av samhällsbrister som personalen har svårt att direkt kunna påverka.



Uppgifter att fundera över för dig som har en anställning inom Habiliteringen:

I vilken utsträckning har ni regelbundna diskussioner kring etiska frågor på din arbetsplats?

Kan du själv beskriva ett etiskt problem som du mött i någon av dina arbetssituationer?

Diskuteras och granskas den värdegrund som ni har på din arbetsplats?

Uppgift till alla läsare:

Ibland framförs åsikten att alla medborgare i samhället har ett eget ansvar för sin hälsa genom sin livsstil, som exempelvis kan innefatta bruk av nikotin, alkohol, olämpliga matvanor, bristande motion etc. Hur ser du på den åsikten?

Möter du exempel på att den humanistiska människosynen kränks i praktiken i vårt samhälle?

Mahatma Gandhi lär ha sagt: ”Det finns tillräckligt i världen för att mätta människors behov men inte tillräckligt för att mätta hennes begär”.

Hur ser du på det uttalandet i förhållande till Din egen människosyn?

I Göteborgs-Postens skämtserie på baksidan av tidningen kunde man nyligen läsa: ”Dagens sanning: Att det är svårt att bara vara människa upptäcker man strax efter att man har pensionerats”.

Vilka funderingar väcker det uttalandet upp hos dig?

Del 3: Habiliteringen: Några definitioner och begrepp

Habiliteringsverksamhet – några utgångspunkter

Habiliteringen är, som nämnts, en speciell organisation av yrkespersoner. Den har till uppgift att utföra politiska beställningar. Habiliteringen skall ge ett särskilt stöd, *specialiserade yrkesinsatser för vissa grupper av personer med funktionsnedsättningar så att dessa grupper och individer skall kunna ha det bra i sina vardagsliv*. Habiliteringen ger stöd åt vissa personer som riskerar att hamna ”utanför” i samhället om de inte får extra stöd. Med detta menar man att Habiliteringen är en ”*plusresurs*”. Stödet gäller personer som ofta inte får tillräcklig hjälp av samhället om de söker hjälp bara på egen hand.

Begreppen habilitering och rehabilitering

Personer med funktionsnedsättningar kan vara i behov av omfattande individualiserat stöd från samhället. Habilitering är en del av det stödet. Habiliterande insatser kan utföras utifrån olika lagstiftning; HSL, LSS eller SoL (Socialtjänstlagen).

Habilitering handlar om att möta en persons behov, om att förstå, lindra, ge omvårdnad och stödja men inte om att bota personen. Med habilitering menas att göra duglig, göra skicklig. Habilitering kan handla om att en person får stöd och hjälp att utveckla nya förmågor. I stor utsträckning innebär habilitering att patienterna får lära sig hur de skall kunna (fortsätta) använda sig av sina förutsättningar på bästa sätt även om förutsättningarna kan vara begränsade och även då personernas funktioner är varaktigt nedsatta i betydande omfattning. Ytterst syftar habiliteringen till att skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet av personen med en funktionsnedsättning. Habilitering är sammantaget ett slags livsstöd, ett stöd för patienten att fungera i det vardagliga livet och kanske även i livet i stort. Utgångspunkten för svensk handikappolitik (funktionshinderspolitik) är principerna om alla människors lika värde och lika rätt i samhället.

Habilitering är också namnet på den *process* som äger rum då en person med en funktionsnedsättning tar emot insatser av en vårdgivare. Många yrkespersoner bidrar tillsammans till den arbetsprocessen. Med begreppet habilitering brukar man ofta avse *de sammantagna yrkesinsatserna som erbjudits den enskilda patienten inom Habiliteringen*. Tolkverksamhet kan vara ett hjälpmedel vid habilitering. Habilitering utförs inom en mängd olika organisationer av vilka jag framför allt försöker skildra den specialiserade Habiliteringens verksamhet. Det som den specialiserade organisationen Habiliteringen kan bidra till i personens liv är en liten del av det som påverkar personen med en funktionsnedsättning.

*Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetsinriktad art som skall hjälpa personer med funktionsnedsättningar att utifrån sina förutsättningar återvinna bästa möjliga funktionsförmåga så att de kan upprätthålla ett normalt liv (Försäkringskassans definition av begreppet rehabilitering). Det handlar vid rehabilitering om individer som har långvariga eller permanenta symptom. Om patienten är i ett mer akut tillstånd kan snarare begreppet *reaktivering* användas som ett sammanfattande begrepp för olika åtgärder som återställer patientens funktionsförmåga.*

Rehabilitering kan ses i ett samhällsperspektiv i vilket man förutom de nämnda aspekterna kring funktionsförmåga i vardagslivet även brukar räkna in finansiella aspekter och tillgänglighetsaspekter. Man kan även, som FN, innefatta i begreppet att rehabiliteringsprocessen kan *bidra till att människor kan förändra sina liv och uppnå ett större oberoende*.

Vid rehabilitering har man som mål att en person skall återfå så mycket som möjligt av det som fungerade för personen innan personen drabbades av en skada eller en sjukdom. Rehabilitering är tidsbegränsade, planlagda processer med klara mål och åtgärder där flera aktörer samarbetar om att ge nödvändigt stöd till personens egen insats för att hon/han skall kunna uppnå bästa möjliga

funktionsförmåga innefattande självständighet och ett socialt deltagande, bland annat i samhället (definition av rehabilitering formulerad av Rehabiliteringsforum i Danmark).

Rehabilitering kan ibland handla om att återge en person hans ställning. Rehabilitering har att göra med en persons värdighet och rättigheter, att ge någon en upprättelse.

Såväl habilitering som rehabilitering är ”*målinriktade insatser* som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning (utvärdering av åtgärder) beaktas och säkras” (Socialstyrelsens formulering).

I det praktiska arbetet kan habilitering och rehabilitering ligga mycket nära varandra. En person med en varaktig funktionsnedsättning kan drabbas av tillfällig skada eller sjukdom. Då kan ambitionen vara att sätta in rehabiliteringsåtgärder, behandling av olika slag och kanske kan man rehabilitera (eller ”bota”) patienten så att den tillfälliga försämringen försvinner. Ambitionen är dock inte en rehabilitering av personens varaktiga funktionsnedsättning.

Habiliteringen arbetar tydligast med en rehabiliterande ambition när yrkesinsatserna riktas mot personer med i vuxen ålder (definierat som 16 eller 18 år) förvärvad hjärnskada.

Habilitering och rehabilitering syftar inte bara till att om möjligt *höja en persons funktionsförmåga* utan är även i mycket stor utsträckning inriktad mot att man arbetar för att *öka personens* fysiska och psykiska *välbefinnande*.



Uppgift att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Ses det, enligt din uppfattning, ofta som ”finare” att behandla och att rehabilitera än att habilitera och stödja patienter? Är det i det praktiska arbetet alltid så stora skillnader mellan habilitering och rehabilitering oberoende av vad man kallar yrkesinsatserna?

Funktionsnedsättning, funktionshinder och handikapp

En medfödd skada eller en sjukdom *kan* leda till en funktionsnedsättning. *Funktionsnedsättningen* handlar om en *nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell (kognitiv) funktionsförmåga*. Funktionsnedsättningen kan ha uppstått vid födseln eller senare i livet. Om individen haft sin skada eller sin sjukdom hela livet kommer funktionsnedsättningen att beröra mycket stora delar av personens utveckling och sätt att fungera både under uppväxten och i vuxenlivet.

Ett *funktionshinder* är ett *samlande begrepp för funktionsnedsättningar, kroppsliga avvikelser på grund av en sjukdom eller en skada, aktivitetsbegränsningar och delaktighetsinskränkningar*. Förr användes ofta begreppet *handikapp*. Nu föredras i vårt samhälle i stället oftast användningen av begreppen funktionsnedsättning och funktionshinder. Funktionshinder (eller handikapp) hänger samman med om det finns sådant en person önskar göra i sitt liv men som inte är möjligt att göra på grund av att personen fått en funktionsnedsättning som följd av en skada eller en sjukdom. Funktionshindret avgörs i stor utsträckning av den miljö i vilken personen växer upp och vistas i. Funktionshindrets omfattning påverkas av vad en person vill i förhållande till vilka funktioner personen har. Hur stora följderna av skadan eller sjukdomen blir hänger förutom med miljön även

samman med omgivningens kunskaper och attityder mot och grad av förståelse av personen med skadan eller sjukdomen.

Det är alltid viktigt att komma ihåg att en person, en patient, inte är en eller sin funktionsnedsättning utan hon eller han är en unik människa som lever med en funktionsnedsättning. Det gäller vid habilitering och rehabilitering att lära känna just den särskilda, unika personen och den personens förutsättningar för att kunna erbjuda just den personen stöd inom Habiliteringen.



Uppgift att fundera över:

Vilka associationer tror du finns i befolkningen i allmänhet till begreppet "handikappad"?

I vårt samhälle idag lägger vi ofta mycket stor vikt vid och värderar högt en persons begåvning, intellektuella funktioner. Hur kan detta inverka på vår syn på funktionsnedsättningen utvecklingsstörning eller begåvningshandikapp?

Nu börjar vi i vårt samhälle inrätta skolor för personer med särskilt hög begåvning. Hur kan detta komma att påverka vår syn på utvecklingsstörning?

På många sätt kan personer med omfattande funktionsnedsättningar inte fylla samma roller som de flesta andra i samhället. Hur tror du det påverkar personernas upplevelser av att vara delaktiga i samhället?



Del 4: Habiliteringen: Grundförutsättningar som påverkar organisationens verksamhet

Faktorer som påverkar Habiliteringens organisation och dess verksamhet

Habiliteringens ramverk, några övergripande styrinstrument av verksamheten och organisationen

Det finns ett ramverk som påverkar Habiliteringens organisation och innehållet i dess verksamhet. Landstingen är vårdgivare och det finns även privata vårdgivare. Sedan de politiska överenskommelserna formulerats i form av olika beställningar gör varje förvaltning upp sina övergripande verksamhetsplaner. Habiliteringen har ansvar för att utföra de politiska beställningarna av stöd för personer med vissa funktionsnedsättningar. Habiliteringen verkställer de politiska beställningarna genom sina anställdas habiliteringsinsatser. Ledningen för Habiliteringen har ett ansvar för att "organisationens verksamheter flyter på" liksom mellancheferna har på lägre nivå i organisationen. Verksamhetscheferna har bestämda ansvarsområden. Den löpande verksamheten samt frågor som är grundläggande för hur verksamheten skall utformas återkopplas till en politisk nämnd.

Samhällets lagar, grundvärderingar och den humanistiska människosynen påverkar även olika landstings eller regioners grundvärderingar och organisationerna som skall utföra vård och behandling inom regionen. Dessa lagar och värderingar förs ut i varje förvaltning, varje organisation och därefter till varje organisations delar och till de anställda i organisationen. De anställda tillämpar, uttrycker värderingarna och människosynen i sitt praktiska arbete.

Varje organisation, exempelvis Habiliteringen, har en *verksamhetsidé* som förklarar varför man finns till och som definierar inom vilket område man arbetar. Man har även en *vision* som är en framtida *målbild*. Den tydliggör organisationens långsiktiga ambitioner. Visionen kan vara gemensam för en hel region och är i så fall gemensam för en mängd olika förvaltningar. Verksamheten kan vidare ha *övergripande administrativa styrsystem av olika slag*. Exempel på detta är "Balanserade styrkort" i Västra Götalandsregionen. Dessa är formulerade för olika organisationsnivåer. De skall revideras med jämna mellanrum. Uppföljningar görs ofta knutna till styrsystemens begrepp. Hur mycket styrsystemen genomsyrar organisationens olika led är varierande.

Habiliteringens verksamhetsplaner översätts i årsvisa *handlingsplaner*, för respektive enhet och för de olika tvärprofessionella habiliteringsteamerna. Teamens mål formuleras ofta för ett verksamhetsår i taget. Handlingsplanerna skall innehålla mätbara mål. Habiliteringens personal använder sig av kartläggning och utveckling av *arbetsprocesser* för att definiera vad man egentligen gör inom Habiliteringen. Man försöker kartlägga patienternas förutsättningar och preciserar numera alltmer vilka avgränsade problem man skall arbeta med och hur. Man tar ställning till om det man gör är vad man bör göra och i så fall hur man bör göra det på bästa sätt. Man kartlägger även arbetsprocesser mellan olika delar av verksamheten inom Habiliteringen och mellan Habiliteringen och en del av Habiliteringens vårdgrannar och olika myndigheter, som Habiliteringen ofta samverkar med. De olika habiliteringsteamerna och verksamheten i stort gör uppföljningar genom sina *årsredovisningar*. Dessutom gör teamen upp nya verksamhetsplaner för framtiden.

Organisationens *personalpolitiska program* är ett administrativt styrmedel vid sidan av andra administrativa stödsystem. Personalpolitiken reglerar arbetsgivarens syn på de anställdas rättigheter. Men de anställda har även skyldigheter som följd av sina anställningar. De anställda förväntas skaffa sig kunskaper om och ta till sig visionerna för personalpolitiken. Arbetsgivaren och de anställda har tillsammans till uppgift att forma en god arbetsmiljö.

En organisation är en formell sammanslutning av individer som handlar för att lösa speciella uppgifter. En organisations anställda behöver ledas, styras genom uppsatta mål och kontrolleras administrativt på en hel del sätt. Cheferna inom organisationen är ansvariga för att medarbetarna arbetar effektivt och inom de ekonomiska ramar som organisationen har. Men de anställda behöver även få arbeta med en hög grad av självständighet och förtroende från ledningens sida om man skall få

välmotiverade, engagerade, kompetenta och yrkesstolta medarbetare inom organisations olika arbetsgrupper och tvärprofessionella team.

Kommunikation från ledningen till de anställda handlar ofta om att föra ut information i organisationen till de anställda på ett sätt som gör informationen förståelig. Den kommunikationen kan kallas för ensidig. Ytterst syftar informationen ofta till någon form av förändring eller handling. Det är mycket viktigt hur man kommunicerar och fattar beslut inom organisationen. I en stor, byråkratisk organisation får man lägga ner ett betydande och väl genomtänkt arbete om man även skall kunna uppnå en god dubbelsidig kommunikation, goda dialoger mellan personer på organisationens olika nivåer. Om de anställda får god information av arbetsgivaren, sina chefer och tydliga argument för beslut av olika slag och planerade organisationsförändringar är chansen större att de anställda på ett positivt sätt engagerar sig i förändringsprocessen. Då ökar möjligheterna till att organisationsförändringarna leder till positiva resultat i de anställdas vardagsarbete.

Vid organisationsförändringar är det viktigt att man tar vara på historisk kunskap om vad tidigare förändringar medfört i organisationen. Men organisationens "minne" är ofta kort. Det är viktigt att på djupet försöka analysera och fastställa hur organisationen fungerar innan man fattar beslut om förändringar i verksamheten. En organisation riskerar alltid att upprepa misstag som man gjort tidigare. Innan man föreslår förändringar behöver man beskriva och analysera hur organisationen fungerar för närvarande. Man använder uttryckssätt som att förändringar behöver "implementeras" i organisationen på ett långsiktigt sätt och med en väl genomtänkt strategi. Det är även viktigt att alla anställda vet om hur beslut fattas och liksom vilka möjligheter man har att som anställd har påverka beslutsgången.

Inför eventuella organisationsförändringar behöver man ställa ett antal frågor: Vad fungerar bra som det är nu i organisationen? Vad behöver förbättras? Innebär de föreslagna förändringarna verkliga förbättringar av verksamheten? Finns det andra skäl till de föreslagna förändringarna än att man hoppas att de kommer att förbättra verksamheten?

Vid förändringarna behöver det helst finnas en tilltro hos personalen till att förändringarna är bra. Det behöver, inom Habiliteringen, finnas en särskild omsorg och en djupkänsla för de patienter som berörs av förändringarna. Det är viktigt att man följer upp följderna av förändringarna och att man tillåter och försöker lära sig av eventuell kritik som kanske kommer kring förändringarna.



Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Kan du redogöra för den formella planen över den organisation inom vilken du är anställd?

Vilka möjligheter har du att påverka olika föreslagna förändringar inom den organisationen?

Patienternas rätt till inflytande över och påverkan av yrkesinsatserna som erbjuds och genomförs inom Habiliteringen

Vid habilitering och rehabilitering betonas *individens rättigheter* till att få och att ha en delaktighet i och ett stort inflytande över hur habiliteringen (och i vissa fall rehabiliteringen) utformas. Detta är således ett annat mycket väsentligt påverkansområde av habiliteringsinsatserna. *Patienten skall vara just i fokus och ha ett så stort inflytande som möjligt över vad som genomförs vid habiliteringen.* Det

är ett mycket viktigt mål inom Habiliteringen att patienten skall känna att hon eller han påverkar vilka yrkesinsatser som kommer att erbjudas. Det handlar om en delaktighet på egna villkor, utifrån patientens egna önsknings och förutsättningar. Patienten skall kunna påverka sin egen rehabilitering i stort och i smått. Hon eller han skall ha information om vad det finns för tänkbara insatser som passar henne eller honom. Patienten skall, utifrån sina förutsättningar, få välja eller välja bort en viss insats.

Delaktigheten innefattar att patienten (ibland med och genom företrädare) är med i planeringen och genomförandet av sin egen rehabilitering, som styrs av en uppgjord rehabiliteringsplan (eller i vissa fall rehabiliteringsplan). Patientens möjligheter till delaktighet förutsätter att personalen kommunicerar mycket tydligt med patienten, bland annat då information lämnas. Planen formuleras och delges skriftligen till patienten (med eventuell företrädare).

Det är en svår uppgift att få ihop patientens kunskaper om sig själv, patientens förhoppningar, patientens förväntningar, patientens förutsättningar i sin funktionsnedsättning och patientens behov av hjälp med vad personalen anser att man kan uppnå och vad man hinner utföra i sitt arbete. Vid rehabiliteringen är det avgörande att man kan bygga på patientens egna resurser. Hur kan man stärka patienternas möjligheter att åstadkomma egna förändringar i sin tillvaro?

Det är många gånger nödvändigt och eftersträvansvärt att man även har ett nära samarbete med de närstående kring patienten (anhöriga och personal) för att rehabiliteringen skall kunna bli framgångsrik. Inom Vuxenhabiliteringen kräver ett sådant samarbete att den inskrivna patienten medger samarbetet. För barn ses föräldrarna som en naturlig samverkanspart. Ungdomar som får stöd inom Barn- och Ungdomshabiliteringen kan själva bestämma sig för att föräldrarna skall ha ett begränsat med inflytande över rehabiliteringsinsatserna.



Uppgift att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Vilka hinder tror du det kan finnas för att patienter verkligen får ett stort inflytande över de insatser som genomförs av rehabiliteringspersonalen?

Uppgift att fundera över för alla läsare:

Hur ser du på talesättet ”frihet är den bästa bojan” i arbetslivet?

De tvärprofessionella rehabiliteringsteam

Habiliteringen använder sig av *tvärprofessionella yrkesteam*. Teamen är således uppbyggda av arbetslag av yrkespersoner från olika yrkesgrupper. *Arbetet i och genom teamet är en grundbult för Habiliteringens insatser*. Rehabiliteringen har tidigt börjat använda sig av ett tvärprofessionellt teamarbete. Patienten skall ha behov av tillgång till det tvärprofessionella teamets insatser för att patienten skall få stöd inom Habiliteringen.

Insatserna för den enskilda patienten vid Habiliteringen styrs av den benämnda rehabiliteringsplanen, som gjorts upp ihop med patienten eller i vissa fall ihop med företrädare för patienten. Kraven har ökat under senare år på att det skall finnas rehabiliteringsplaner som styr planeringen av yrkesinsatser, genomförandet av dem och utvärderingen av alla genomförda åtgärder. För patienter med i vuxen ålder förvärvad hjärnskada används ibland beteckningen *rehabiliteringsplan* i stället för

habiliteringsplan. Jag skriver längre fram mer om habiliteringsplanen och om habiliteringskonferensen. Jag tar där även upp om hur habiliteringsteamerna bör och kan fungera.

Teamerna har även mera utåtriktade arbetsuppgifter än de arbetsinsatser man gör direkt för patienterna. Jag återkommer lite längre fram även till detta i ett avsnitt om samverkan.



Om ledarskap i allmänhet

Vi har berört Habiliteringsförvaltningens övergripande ledningsfunktioner; operativ respektive strategisk styrning av verksamheten. *Ledarskap och kommunikation är två ytterst viktiga områden som påverkar organisationens utveckling och förändringsmöjligheter.* Ledningens förmåga att identifiera och analysera utvecklingsbehov i organisationen och att ta långsiktiga beslut är helt avgörande för om en framgångsrik verksamhet kan uppnås.

Ledarskapet inom organisationen som helhet speglar av sig på ledarskapet i den enskilda arbetsgruppen och på den särskilda arbetsplatsen. Hur ledarskapet fungerar och förs ut till den enskilda arbetsgruppen på den enskilda arbetsplatsen får direkta återverkningar i de olika teamens arbete. Ledaren bär verksamhetens kultur, de attityder som uppmuntras och tillåts att utvecklas och det förhållningssätt som accepteras inom organisationen – mellan de anställda och även mellan personalen och patienterna som man arbetar för. Den administrativa strukturen och de administrativa stödsystemen stödjer ledningen, men de kan aldrig kompensera för ett bristfälligt ledarskap.

En chef – oberoende av på vilken nivå chefen arbetar – skall försöka få medarbetarna att dra åt samma håll mot rätt mål, med rätt arbetsmetoder och på ett effektivt sätt. Det finns olika uppfattningar om hur goda kunskaper ledaren behöver ha om organisationens särskilda verksamhetsområden för att ledaren skall kunna utöva ett gott ledarskap.

Låt mig ge exempel på sådant som kan finnas i ett ledarskap eller i en ledningsfunktion: Ett effektivt ledarskap innebär att man utför fyra olika slags ledar- eller ledningsroller: producerarens, administratörens, entreprenörens och integrerarens (Adizes, 1987). Ingen enskild person har alla egenskaper som krävs för det ledarskap som behövs! Ingen ledare kan utföra alla dessa roller på egen hand på ett bra sätt. Människor har kombinationer av de olika rollerna och arbetsplatser behöver kombinationer av dem. Men personer kan även vara mycket ojämna i hur väl de representerar de olika rollerna. Om organisationen har en enda ledare, som är alltför ensidigt inriktad mot någon av dessa roller eller beteenden, leder det till en destruktiv ledarstil vilket medför en bristfällig ledningsfunktion! Varje organisation, varje arbetsgrupp, varje tvärprofessionellt team och varje anställd medarbetare inom Habiliteringen befinner sig på någon nivå eller ibland på flera nivåer inom organisationen. De olika delarna av organisationen är i något utvecklingsstadium. Varje stadium kräver sin speciella kombination av ledarroller.

Produceraren är aktiv, energisk, arbetsam och resultatnriktad. Han är snabb, ibland otålig, ställer höga krav, vill åstadkomma resultat direkt och har ett stort behov av att göra färdigt saker.

Produceraren måste ha tillräcklig kunskap för att kunna fatta de rätta besluten och för att få besluten utförda. Den gode produceraren skaffar sig kunskaper om vad som bör göras och ser därefter till att det blir gjort.

Administratören är den som håller ordning och reda på detaljerna. Administratören är välorganiserad, pålitlig och noggrann och känner ansvar för att saker och ting följs upp ordentligt. Han är metodisk, omsorgsfull, kontrollerande och håller saker och ting på rätt plats. Administratören betonar reglerna och rutinerna och är exakt, ofta upptagen av detaljer.

Entreprenören är en nytänkare, en visionär. Entreprenören presenterar idéer, är drivande, framför sina budskap, gillar nyheter och vågar ta risker. Han är entusiastisk, uppfattas ofta som orädd, inspirerande, uppmuntrande och ser ständigt nya möjligheter och söker förändringar. Entreprenören sätter igång olika projekt. Men han har inte alltid så lätt att överföra sina idéer i konkreta resultat. Entreprenören är obyråkratisk och vill kunna fatta snabba beslut. Entreprenören kan skapa kriser med sitt sätt och är inte så tydlig i sina direktiv. Framgång som entreprenör kräver både skapande förmågor och villighet att ta risker.

Integreraren, slutligen, är inriktad mot att skapa en god gruppanda. Det är viktigt för integreraren hur medarbetarna uppträder mot varandra, att man fungerar smidigt ihop och att alla medarbetarna trivs tillsammans och att man kompromissar. Integreraren är ofta lyhörd, känslig, förstående och smidig. Han är inriktad mot att samordna yrkesinsatser. Enligt integreraren skall alla på arbetsplatsen helst vara överens. Integreraren bidrar inte alltid till att man får så mycket gjort av det man har till huvuduppgift att göra.

Hur besluten fattas i organisationen, på den enskilda arbetsplatsen respektive i det specifika habiliteringsteamet avspeglar ofta vilken ledarstil som dominerar inom hela organisationen. Chefen (på olika nivåer i organisationen) förväntas ha en mängd positiva personliga egenskaper, som det knappast är möjligt för en enda person att ha! Dessutom behöver hon eller han ha en personlig mognad som bland annat innebär att chefen inte alltid har ett stort behov av att framhäva sig själv och sitt kunnande. Jag återkommer längre fram till det mycket viktiga teamledarskapet.



Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Finns det enligt din uppfattning någon ledarskapsstil som dominerar inom Habiliteringen i stort? Möts de anställda av en tillit till att de tar ansvar för och försöker utföra sina arbetsuppgifter på bästa sätt? Hur förs olika förändringar in i Habiliteringens organisation?

Ge exempel på några ledaregenskaper som du anser är särskilt viktiga!

Är ledarskapet likartat på de olika organisationsnivåer du kommer i kontakt med inom din anställning?

Uppgift att fundera över för alla läsare:

Vi etikundervisning nyligen hörde jag att Moder Theresa på en världskonferens om ledarskap nöjde sig med att låta sin föreläsning bestå av två frågor till åhörarna: Känner Ni Era medarbetare? Tycker Ni om dem?

Hur ser du på den föreläsningens innehåll?

Habiliteringsorganisationens indelning i arbetsplatser och arbetsgrupper

En organisation är uppdelad i arbetsplatser där det finns en eller flera arbetsgrupper. Inom Habiliteringen arbetar olika mindre arbetsgrupper, tvärprofessionella team, på de olika arbetsplatserna. Arbetsklimatet i arbetsgruppen och arbetsmiljön på arbetsplatsen är mycket viktiga för vilka resultat som uppnås av de enskilda individerna på arbetsplatsen, i arbetsgruppen och i teamen. Det finns i många arbetsgrupper sådant som kan motverka en god arbetsstämning, exempelvis maktspel. Det är viktigt att kartlägga eventuella svårigheter och att försöka påverka dem så att de inte blir destruktiva för arbetsgruppens fungerande. Arbetsmiljön kan göras välkomnande och bidra till trivsel på arbetsplatsen. Med hjälp av redovisning av fakta och genom att påverka värdegrunden och attityderna kan man bidra till ett gott bemötande.

De anställda inom Habiliteringen har som en mycket viktig uppgift att bemöta patienterna väl. Men även de anställda behöver bemöta varandra väl och erbjuda rikligt med goda möten och dialoger med varandra på arbetsplatsen. Man behöver eftersträva goda dialoger mellan de anställda på alla nivåer i organisationen och även mellan nivåerna i organisationen. *Det är särskilt viktigt att chefer uppmuntrar och ger tillfällen till goda dialoger innan de fattar större beslut som berör de anställda.*

Vad kännetecknar en bra arbetsgrupp? I en effektiv arbetsgrupp gör gruppens medlemmar rätt saker, i rätt ordning, i rätt tid, tillräckligt bra och utan att slösa med resurser! Detta förutsätter att arbetsgruppen känner till och följer verksamhetens övergripande mål liksom arbetsgruppens egna uppsatta mål. *Var och en i arbetsgruppen måste ha en förståelse för i vilket sammanhang man arbetar och vad de egna insatserna betyder i stort. Alla i arbetsgruppen behöver konsekvent följa de arbetssätt man kommit överens om att man skall följa.*

Var och en i arbetsgruppen har till uppgift att göra tillräckligt av det som behövs för att uppfylla arbetsgruppens mål. Arbetsuppgifterna upplevs som meningsfulla i en effektiv arbetsgrupp. Men som anställd får man även finna sig i att även utföra en del arbetsuppgifter som man inte gillar. Man behöver veta i arbetsgruppen vilka beslut man får fatta och hur besluten skall fattas. På arbetsplatsen finns det en mängd administrativa rutiner som är till för att möjliggöra och underlätta arbetet. Den person som ständigt känner sig kringskuren av detta blir lätt en negativ medarbetare för teamet.

En förutsättning för ett effektivt arbete är vidare att gruppens medlemmar kan prioritera väl i sitt arbete, att de utför sina arbetsuppgifter då de har störst effekter och att gruppens medlemmar kan ta vara på möjligheterna som finns i olika arbetssituationer. Arbetskraven behöver stå i god relation till personalens kompetens och resurser. Var och en i arbetsgruppen behöver känna att man har ett verkligt inflytande över sin arbetssituation. Vid behov behöver var och en ha någon att söka dialog med och stöd hos, exempelvis en arbetskamrat eller en chef.

Var och en vill "bli sedd" på sin arbetsplats, av sina arbetskamrater och av sina chefer. Medarbetarna mår bäst av att det finns en balans mellan ansträngning och belöning. Om utförandet av arbetsuppgifterna belönas skall det ske på ett rättvist och begripligt sätt. Hög ansträngning i kombination med låg belöning skapar stress och andra former av ohälsa. Varje medarbetare behöver uppmuntras i sina arbetsuppgifter. Det innebär att man får återkoppling på vad man uppnår i sitt yrke. Exempel på andra former av belöning är lön, utbildning och andra former av kompetensutveckling liksom karriärmöjligheter.

Alla anställda har regelbundna formaliserade träffar på arbetsplatsen, ofta varje månad. Ambitionen är att bedriva praktisk arbetsplatsdemokrati. En mängd information förs ut och många viktiga uppgifter skall klaras av på kort tid. De anställda får vid träffarna information från förvaltningens ledning och från sin närmaste chef. De får ibland arbetsuppgifter som skall utföras kring vissa teman, enkäter som skall besvaras etc. Det är en konst att finna tidsutrymme till fördjupning i arbetslivet idag. Det är också viktigt att det finns en lyhördhet inom organisationen och att ledningen visar intresse för alla anställdas synpunkter.

Det är viktigt att kartlägga såväl organisationens starka sidor som dess brister. Då kan man bygga så mycket det går på de starka sidorna inom organisationen och försöka lära sig av det som inte fungerar så bra så att även de delarna av organisationen kan utvecklas.

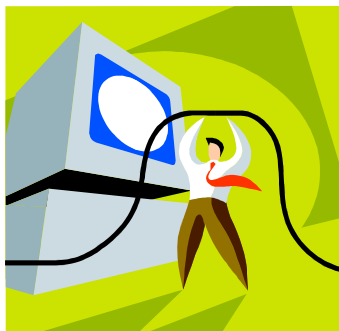


Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Har du några särskilda tankar kring arbetsmiljön på din närmaste arbetsplats respektive inom den organisation inom vilken du är anställd?

Anser du att var och en på arbetsplatsen har lika stort ansvar för arbetsmiljön?

I vilka avseenden tycker du att den Habilitering vid vilken du är anställd fungerar som bäst? Vilka är organisationens svagaste sidor?



Hur upplever Habiliteringsteamens medarbetare ofta sina arbetsroller och sina arbetsituationer?

Att arbeta inom Habiliteringens värld är på ett sätt både tydligt och samtidigt mycket motsägelsefullt. Många medarbetare upplever sig osäkra och kan känna sig förvirrade kring vad man skall utföra inom Habiliteringen och hur man skall avgränsa sina arbetsuppgifter. Många känner sig överbelastade och splittrade i sina arbetsituationer, bland annat av administrativa arbetsuppgifter.

Alla anställda inom Habiliteringen vet att man skall arbeta utifrån en helhetssyn och ha patienten i fokus. Men det är ofta svårt att uppnå det i praktiken. Att möta personer utifrån en helhetssyn och att ha till uppgift att bidra till människors livskvalitet gör inte avgränsningarna lättare. Habiliteringen skall möta förväntningar från många håll. Även de nyanställda inom Habiliteringen möts av stora förväntningar på vad man skall klara av att utföra. Men vad är det man skall vara specialist i eller specialist på?

Det krävs mycket inlevelseförmåga, fantasi och kreativitet av personalen inom Habiliteringen. Det finns sällan några exakta lösningar på de enskilda patienternas problem. Medarbetarna upplever det ofta som att man får arbeta med ett lapptäcke av insatser, med vilka man sammantaget skall försöka påverka helheten innefattande att bidra till patientens livskvalitet. Man arbetar ofta med mycket svåra patientärenden, människor som är mycket utsatta. Habiliteringens personal möter dessutom ofta okunskap från omvärlden kring vad som är Habiliteringens uppgift. Habiliteringen är ingen välkänd verksamhet i samhället.

Att man arbetar med helhetsperspektiv kan väcka upp starka känslor av otillräcklighetsupplevelser hos personalen. Verksamheten utförs med mycket känsla. Det finns en risk för att enskilda yrkespersoner överidentifierar sig med patienternas lidande, med deras förhoppningar och de anhörigas krav på insatser. Det finns en risk för att man som anställd inom Habiliteringen sällan känner om eller när man gör tillräckligt bra ifrån sig och om man gör rätt insatser för patienterna.

Det är inte ofta inte särskilt klart för den enskilde medarbetaren inom Habiliteringen vad som är ”råd”, vad som är stöd, vad som är behandling, vilka problem man skall hjälpa till med, vad man skall ta sig an först, vilka metoder man kan använda sig av, hur patientens förutsättningar i sin funktionsnedsättning komplicerar valet av lämplig metod, vad man egentligen kan påverkas med rehabiliterande insatser, om patientens uttryckta behov kan mötas med yrkesinsatser, vilka enskilda patienter som bör prioriteras, hur man skall avgränsa arbetsuppgifterna etc. Osäkerheten över arbetsuppgifterna och hur man skall hantera dem har ökat. I viss mån kompenseras arbetsplatsen detta med att följa rutiner och att ha vissa strukturer för hur man handlägger patientärenden.

De administrativa övergripande styrsystemen är av värde för att beskriva verksamheten i stort i årsredovisningar och liknande. Med medarbetarna i teamen efterlyser mera konkret, närliggande hjälp i det vardagliga arbetet. *Baspersonalen inom Habiliteringen efterlyser ofta ett tydligt för att inte säga förtydligt ledarskap kring vad som bör utföras och med vilken ambitionsnivå.* Teammedarbetarna är oftast de mest kunniga i hur man kan stödja patienterna. Ett ”coachande” ledarskap beskrivs lite längre fram. Det är inte säkert att man i det teamet möts av en coachande ledare. Teamets medarbetare behöver en ledare som direkt och tydligt visar uppskattning av det man gör fast man ofta är osäker på om det är bra det man gör. Personalen tycker att man göra sitt alla bästa i sitt arbete men behöver få sina arbetsprestationer bekräftade.

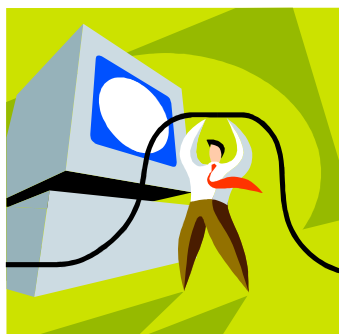
Baspersonalen, medarbetarna i teamen inom Habiliteringen, är oftast mycket starkt engagerad i sina arbetsuppgifter och utför sitt patientarbete med mycket känsla. Att man har ansvar för och arbetar för andra människor kan göra att man känner sig behövd som yrkesperson. Men det är inte detsamma som att personal inom vård och rehabilitering gör nytta med de yrkesinsatser man utför. Det kan ibland vara så att personalen gör god nytta för de enskilda patienterna utan att man själv tillräckligt tycker sig kunna värdera det. En svårighet är att de yrkesinsatser som fungerar för en patient kanske inte alls upplevs som positiva av en annan patient.

Det är inte alltid man i det dagliga arbetet lyckas formulera realistiska, uppnåeliga och mätbara mål som går ihop med det patienten önskar. Det är inte säkert att man lyckas åstadkomma det man tänkt sig genom det man gör. Det är inte givet att patienten är nöjd trots att personalen ansträngt sig och gjort så väl man någonsin kunnat. Man kan dessutom få en nöjd patient utan att man egentligen gjort särskilt mycket för henne eller för honom.

Habiliteringen har hittills haft ambitionen att bidra till att personer med funktionsnedsättningar får stöd i att kunna fungera så väl det går i sina vardagsliv. Stödet skall i stor utsträckning ges till personerna i de miljöer man befinner sig. En väsentlig del av Habiliteringens insatser kommer även att inriktas mot att stödja personal och anhöriga som befinner sig i den funktionshindrade personens närhet stora delar av dygnet. Habiliteringens verksamhet styrs av klara övergripande värderingar och ideal. Men det uppstår oklarheter för personalen i många enskilda arbetssituationer. Det är svårt för enskilda yrkespersoner att i unika situationer avgöra vad som är rätt eller fel att göra och hur mycket man bör göra av det man gör.

De patienter man arbetar för inom Habiliteringen har funktionsnedsättningar, ofta omfattande sådana. Dessa funktionsnedsättningar innefattar ofta stora kognitiva svårigheter. Dessa svårigheter gör att patienterna många gånger kan ha svårt för att mera exakt uttrycka sina problem och vad de önskar få för hjälp med dem. Det är viktigt att personalen inte lovar mer än vad man faktiskt kan utföra men också att man gör det man lovat att göra. Det är viktigt att sätta mål för arbetet men det är även viktigt att formulera mål som är möjliga att uppnå. I de enskilda arbetssituationerna får yrkespersonerna på egen hand ofta fatta svåra beslut i komplicerade frågor.

Habiliteringens övergripande uppgift, sådan den definierats av samhället idag, är tydlig. Men *det är ofta svårt för personalen att veta när man utför tillräckligt av olika insatser för patienten. Vad är lagom? Habiliteringens baspersonal fundera ibland över frågan vad man egentligen tillför, van man uppnår för mervärde genom de yrkesinsatser man utför. Patienterna önskar uppnå många förändringar som Habiliteringens personal kanske ofta inte kan påverka. Mot detta står att varje medarbetare behöver känna en egenkontroll i sin arbetssituation och en stolthet över sina yrkesinsatser. Personalen riskerar att drunkna i det vardagliga arbetet. De övergripande riktlinjerna som finns för prioriteringar är oftast inte tillräckligt tydliga för att vara till hjälp i vardagsarbetet för patienter med funktionsnedsättningar.*



Exempel på komplicerande och ibland stressframkallande faktorer

Habiliteringens personal upplever idag att man ofta inte räcker till i sina arbetsuppgifter. Arbetsuppgifterna ökar i antal och komplexitet. Inflödet av patienter, främst med neuropsykiatrisk problematik, ökar långt snabbare än patienterna kan skrivas ut från Habiliteringen. Verksamhetens ambitioner och ideal är ungefär desamma som tidigare men utvecklingen går åt ett annat håll.

Många faktorer i arbetsmiljön är stressframkallande. Arbetslivet i stort präglas idag av *informationsöverflöd*. Formaliserade arbetsplatsträffar kan ibland upplevas som ett ”duttande” kring många i och för sig viktiga frågor och ämnesområden. Man kanske rör sig snabbt men ytligt från det ena till det andra ämnet utan att det är helt klart varför och vad det tjänar till för arbetet. Den enskilde medarbetaren har svårt att sortera mellan vad som är nödvändig och relevant information och kunskap att ta till sig och vad man bör sortera bort som mindre viktigt i arbetet och för att arbetsuppgifterna skall kunna utföras på ett bra sätt. Massutskick från arbetsgivaren eller från andra till en mängd olika arbetsplatser via mail (med beteckningar som ”för kännedom” eller ”tacksam för synpunkter”) gör inte sorteringen av information lättare för den enskilde medarbetaren.

It-systemen upplevs ibland inte som användarvänliga av de anställda och systemen förorsakar då stressreaktioner. De *administrativa stödsystemen*, exempelvis journalsystemet, upplevs ingalunda alltid som underlättande för basarbetet då personalen skall utföra sina stödjande arbetsuppgifter för patienterna. Det finns en osäkerhet kring *vad man skall dokumentera och hur mycket* man skall dokumentera. Systemen för dokumentation av insatserna man utför inom Habiliteringen arbetas ständigt om. Men man upptäcker ständigt nya brister i dem och då datorstödet fungerar otillfredsställande blir personalen frustrerad.

Sammantaget riskerar brister i arbetsmiljön att leda till att medarbetarna i organisationen upplever hög stress. Allt fler personer i arbetslivet har fått svårare att koppla bort tankarna på jobbet under fritiden. Många är ständigt nåbara på mobiltelefon även under sin ledighet och människors livsmönster riskerar för många människor idag bidra till att de får svårt för att återhämta sig under fritiden.

En stor del av personalen inom vård, omsorg och sjukvård tycker att *de egna administrativa arbetsuppgifterna* med tiden blivit alltmera betungande. Man anser ofta att de tar för mycket tid från

det direkta patientarbetet. Kraven har även ökat med tiden på att man skall sätta sig in i en mängd olika kunskapsområden som ligger en bra bit från de direkta arbetsuppgifter man är anställd för.

Arbetslivet i stort kännetecknas numera dessutom av täta och *snabba förändringar*, inte minst *organisationsförändringar*. De anställda upplever ofta att organisationsförändringarna kommer för tätt och kanske utan att de är motiverade, förklarade. Förändringarna initieras ofta av politiska direktiv och av högre chefer, som i sin tur ibland verkställer politiska direktiv. I en stor och framför allt i en byråkratisk organisation finns det en risk för att medarbetarna upplever förändringarna som påtvingade och ibland som onödiga. Det tar tid och måste få ta tid att genomföra förändringar i en organisation och på en arbetsplats. Det tar tid att informera, entusiasmera och engagera de anställda. Det är viktigt att inte genomföra för många förändringar samtidigt utan betona för de anställda vad som är de viktigaste förändringarna för tillfället. Medarbetarna på olika organisationsnivåer hamnar ofta i otakt med varandra i förändringsarbetet. Förändringar kan ibland motverkas av en kultur ”som sitter i väggarna”. Den kulturen uttrycker sådant man i praktiken följt under lång tid på den egna arbetsplatsen.

En personalgrupp som består av en blandning av erfarna medarbetare och även yngre, mindre erfarna men entusiastiska personer som vågar ställa frågor kan ofta vara en god grogrund för en positiv utveckling av arbetsprocesser.

Habiliteringarna arbetar idag ofta för betydligt fler personer än politikerna beräknat och anslagit medel för. Personalen har samtidigt krav på sig att utföra långsiktiga insatser av god kvalitet. I princip kan den enskilda patienten ha en livslång tillhörighet till Habiliteringen om det är fastställt att hon eller han tillhör en av Habiliteringens målgrupper. I praktiken kan patienten som tillhör Vuxenhabiliteringens målgrupper komma att skrivas in och ut flera gånger under sitt liv och under varje inskrivningsperiod formuleras en habiliteringsplan som är styrande för mera tidsbegränsade och avgränsade yrkesinsatser. Men dessa skall alltid gå ihop med en helhetssyn på patientens behov och livssituation.

Organisationens budskap upplevs ofta, som nämnts, som motsägelsefulla av personalen. Kanske detta är en parallell till att samhället har en ideal människosyn och handikappolitiska ideal som ibland är svårförenliga med en mera krass verklighet, som ofta i stor utsträckning styrs mest av ekonomin? Ibland upplever de anställda inom Habiliteringen att den vardagsverklighet man brottas med ligger långt från den övergripande organisatoriska och administrativa verkligheten.

Habiliteringen kännetecknas numera av *allt vanligare prioriteringsdiskussioner*. De patienter som har störst behov ska ges företräde men det är oklart hur man kan värdera olika behov mot varandra. Samhällets officiella prioriteringsgrunder räcker ofta inte till för att vara ett stöd i det vardagliga arbetet inom Habiliteringen. De politiska beställningarna av vårdverksamheter är ofta något tydligare.



Kompetensfrågor

Habiliteringen har till uppgift att erbjuda en specialiserad, fördjupad kunskap kring hur det är att växa upp med funktionsnedsättningar och hur man på bästa sätt kan ge stöd åt personer med omfattande funktionshinder. Vad som ses som goda kunskaper förändras dock med tiden. Många av Habiliteringens anställda anser att det är mycket krävande att skaffa sig kunskaper inom alla för Habiliteringen betydelsefulla ämnesområden.

Habiliteringen söker medarbetare med olika slags kompetenser. Men *det är inte självklart om Habiliteringen lyckas använda sig av de skillnaderna och de kompetenserna på bästa sätt i teamarbetet. Det finns ingen speciell habiliteringsteori som klart prioriterar vissa kunskaper och vissa kompetenser framför andra.* Det finns ingen enhetlig teori som kan vara till vägledning för hur habiliteringen skall gå till.

Baspersonalen i teamen behöver ha en god självkänedom för att klara av att komma människor nära och för att orka ge habiliteringsinsatser på ett engagerat, personligt sätt. Vad händer i den människa vi försöker hjälpa när vi försöker förstå henne eller honom? Vad händer inom oss själva då vi försöker leva oss in i andra personers livssituationer? Habiliteringspersonalen har naturligtvis sina egna privata värderingar. Men man får som yrkesperson inte låta de värderingarna vara avgörande för hur man uttrycker sig i sin yrkesroll. Det är ett konststycke att vara inlevelsefull, empatisk i andra människors problematik och att samtidigt ha förmågan att behålla en distans till det man ser och tar emot. Själva teamarbetet ställer stora krav på att teammedarbetarna har goda förmågor att samverka med andra och att fungera i grupparbete.

Jag återkommer längre fram till kompetensutvecklingen inom Habiliteringens organisation.



Uppgifter att fundera över för dig som har en anställning:

Hur upplever du din egen aktuella arbetsituation? Vad är bra i den? Vad är mindre bra? I vilken utsträckning trivs du med ditt arbete?

Tror du att du kommer att stanna kvar i ditt nuvarande arbete under flera år framöver? Vad är i så fall avgörande för det?

Hur ser du på dina möjligheter att ifrågasätta och att kunna påverka frågor i den organisation inom vilken du är anställd?

Varje anställd medarbetare förväntas vara lojal mot den organisation inom vilken man är anställd och arbetsgivaren för den organisationen. På vilka sätt märker du av om det finns sådana förväntningar på dig?

Finns det ett motsatsförhållande mellan en organisations behov av att kontrollera sina anställda och de anställdas behov av att på ett självständigt sätt få utöva sina yrkeskunskaper?



Del 5: Habiliteringen: Teamarbete



De tvärprofessionella teamens arbetsförutsättningar

De tvärprofessionella teamens sammansättningar och ansvarsområden

Organisationen spelar stor roll för vad var och en, varje enskild anställd individ kan utträta i sitt jobb. På den enskilda arbetsplatsen inom Habiliteringen finns det, som nämnts, en organisation av ett antal tvärprofessionella team eller speciella arbetslag. Teamet kallas *tvärprofessionellt* för att det består av *personer från olika yrkesgrupper, som företräder kunskapsområden och kompetenser inom ett antal ämnesområden*. Teammedarbetarna måste ha hög kompetens för att kunna utföra Habiliteringens specialiserade uppgifter. *Det tvärprofessionella teamet ses inom Habiliteringen som en nödvändig självklarhet för att man skall kunna erbjuda personer med funktionsnedsättningar goda stödinsatser*. Habiliteringens verksamhet är i stor utsträckning uppbyggd kring just arbetet i teamet. Det gäller då att uppnå att man har team som mestadels är effektiva team.

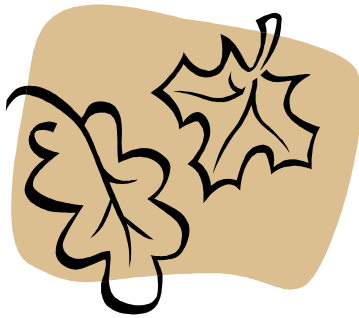
Att möta komplicerade problem kring livslånga funktionsnedsättningar kräver mångsidig, tvärvetenskaplig kunskap. Medlemmarna i teamet skall ha varandra *kompletterande kunskaper* och de behöver dessutom känna till varandras kunskaps- och kompetensområden. Det är avgörande om teammedarbetarna kan dra nytta av varandras varierande kompetenser och personligheter i teamarbetet.

Teamen skall bland annat kunna möta pedagogiska, psykologiska, medicinska, neurologiska, sociala och tekniska problem som behöver lösas då man ger stöd åt patienterna. Arbetet bär fram av att man på arbetsplatsen har en *gemensam värdegrund*. Värdegrunden, som närmare beskrivits tidigare, är *grundvärderingar som delas av alla på arbetsplatsen*. Värdegrunden kan förändras med tiden genom de fortlöpande diskussionerna i teamet. Värdegrunden kanske även förändras av samhällsdebatten och av offentliga utredningar i samhället om funktionsnedsättningar och om hur personer med funktionsnedsättningar skall kunna erbjudas ett gott stöd. Det är ofta mindre tydligt om det finns en fullständig och gemensam *referensram* för teamarbetet som utförs inom habiliteringens ram. Referensramen är mer *ett slags förklaringsmodell* för hur man ser på uppkomsten av de problem och de patienter man arbetar för och hur de kan få hjälp på bästa sätt.

Vård och behandling inom Habiliteringen kan ses som en ständig *arbetsprocess*, en habiliteringsprocess som upprepas och förtydligas gång på gång för att processen hela tiden skall kunna förbättras. Processens fyra delar är planering av processen, genomförande av processen, utvärdering av processen samt utveckling av processen. Att man kontinuerligt utvärderar och utvecklar verksamheten är förutsättningar som krävs för att man skall kunna uppnå en bra verksamhet.

En del team är tillfälligt sammansatta för att organisera yrkesinsatserna kring en viss patient eller ett visst problemområde. Oftast menar man med habiliteringsteam tvärprofessionella team som är fast sammansatta av samma yrkespersoner under en längre tidsperiod. Ibland har man i teamet ansvaret för personer/antagna patienter inom ett mindre geografiskt område. Då förväntas man ofta ha kunskaper som räcker till för att ge yrkesstöd åt alla personer och målgrupper som är inskrivna vid Habiliteringen och som är bosatta just inom det bestämda geografiska området.

Teamen består mestadels av yrkespersoner från fyra till sex personer. Men det kan även vara betydligt större. Ofta är en gruppstorlek på 6-8 personer den som bidrar till det mest effektiva grupparbetet. I större team har de olika yrkespersonerna ofta specialiserat sig inom olika kunskapsområden. Teamen kallar sig ibland för specialistteam. I de tvärprofessionella teamen kan ingå en mängd yrkesgrupper. Oftast ingår arbetsterapeut, kurator, psykolog, sjukgymnast och man får hjälp av administrativ personal. Ibland ingår även yrkesgrupper som dietist, fritidsledare (eller fritidskonsulent), logoped, specialpedagog, sjuksköterska, arbetskonsulent respektive läkare. Det finns ytterligare ett antal yrkesgrupper som ingår i vissa team inom Habiliteringen. Teamets samlade kunskaper behöver ofta kompletteras genom att teamets yrkespersoner har täta kontakter utåt med andra yrkespersoner utanför Habiliteringen. Dessa yrkespersoner har kunskaper exempelvis i neurologi, ortopedi, psykiatri respektive frågor kring syn- och hörselnedsättning.



Ofta har ett team i praktiken en blandning av följande beskrivna egenskaper: I ett *multiprofessionellt* team bidrar var och en med specifik kunskap. Teammedlemmarna är experter som har get tydliga avgränsade roller och arbetsuppgifter (Thylefors, 2007). Det finns ofta ett ideal i teamarbetet att det skall flyta harmoniskt. I ett så kallat *interprofessionellt team* har man ett tätare samarbete med varandra, mer kommunikation och samplanering och ett tydligare delat ansvar för arbetet i teamet. Alla har en röst och kan göra sig hörda. Men ändå blir det i praktiken ofta så att vissa yrkesprofessioner får ett större inflytande än andra i teamarbetet. I ett *transprofessionellt team* arbetar man mera gränsöverskridande. Den teammedlem som kan mest i en viss fråga får då störst inflytande över den. Det gemensamma förhållningssättet är viktigare än den professionsspecifika kompetensen. I ett *"professionssupplöst"* team gör alla medarbetarna ungefär lika och utför samma uppgifter. Man eftersträvar ett ömsesidigt lärande, en vi-känsla i gruppen och man förnekar ofta att det finns några konflikter i teamet.

I Habiliteringens tvärprofessionella team finns ofta starka, självständiga, kompetenta och ibland självhävande yrkespersoner som kan ha bestämda uppfattningar om sina respektive särskilda kunskapsområden. De olika yrkespersonerna kanske delvis talar olika språk. Därigenom har de inte alltid så lätt för att förstå varandra. Teamet kan ofta utvecklas just genom att man vågar lära sig i teamet av de åsiktsskillnader som kommer fram mellan olika yrkespersoner, av spänningar som uppstår i teamet och av måttliga konflikter. Inläringen förutsätter att man tillåter sådana skillnader och att man lyfter upp dem till ytan för att förstå dem och lära sig av dem. Medarbetarna i teamet behöver bryta sina åsikter mot varandra.

När problem uppstår vid teamarbetet handlar det ofta om dålig mötesdisciplin, bristande punktlighet och bristande närvaro. Man kan få roll-, revir-, status- och maktstrider i teamet. Någon yrkesperson i teamet kanske anser sig ha ett tolkningsföreträde. Löneskillnader mellan yrkespersonerna kan skapa en spänning liksom upplevd tidsbrist. Arbetsbelastningen kan vara olika hög för olika yrkespersoner i

teamet. Lagstiftning kan komplicera teamarbetet och man kan hamna i rollkonflikter. Ibland upplevs något person i teamet som särskilt "besvärlig".

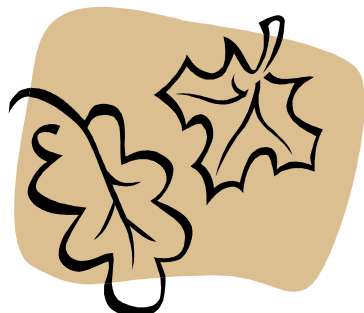
Det är inte säkert att det team som upplever sig fungera effektivt har en uppfattning som stämmer med verkligheten. Rätt och fel måste bort i tänkandet om man skall kunna uppnå ett skapande klimat i teamet! *En effektiv arbetsgrupp eller ett team gör rätt saker på kortast möjliga tid och med små energiförluster. Man använder sig av sina totala resurser på ett ekonomiskt sätt och utnyttjar arbetstiden effektivt.* Man har den tid man har till förfogande men det är inte givet hur man skall använda sig av tiden. Ett team och dess medarbetare behöver veta att man vid behov kan få stöd på arbetsplatsen och av organisationens ledning, kanske framför allt av habiliteringschefen.



Personlighet och teamarbete

Förutom att individerna i teamet har olika yrkeskunskaper har de olika personligheter. Ett team kan som bäst dra nytta av såväl de olika gruppmedlemmarnas olika kunskaper som av deras olika personligheter. Hos varje individ, i varje personlighetsprofil finns starka sidor och svaga sidor. Kombinationen av personlighetsdrag har en avgörande betydelse för dynamiken i hur teamet fungerar i stort. En del personer är ganska osjälviska och försiktiga och kanske måna om att ha goda relationer. Andra personer är snarare direkt resultatnriktade. Ytterligare andra personer analyserar olika situationer och reflekterar gärna över dem. Det är viktigt att man försöker kartlägga och lära känna de enskilda personerna på en arbetsplats för att man i arbetsgruppen och i teamen ska kunna *dra nytta av olika personligheter* och egenheter hos de olika anställda individerna. Yrkespersoner med god mognad, självkänedom och gott yrkeskunnande har störst förutsättningar att utföra ett gott teamarbete och en god habilitering.

Följande är några andra exempel på viktiga personlighetsdrag som inverkar vid *beslutsfattande i teamet*: En individ kan fatta beslut huvudsakligen på logiska eller på känslomässiga grunder och värderingar. Individerna kan föredra ett planerat och organiserat sätt att handla eller hon/han kan reagera mer spontant och flexibelt. En person kan begränsas av det befintliga medan en annan person oftast ser olika möjligheter. En individ är främst inriktad mot den egna världens idéer och intryck och en annan person är främst inriktad mot yttrevärldens människor och ting. Utvecklingen i teamet kommer att påverkas av de olika individerna i teamet. Individerna i teamet ser olika på förändringsmöjligheter. Man kan förneka förändringsmöjligheterna. Man kan förbise dem när de dyker upp. Man kan ta möjligheterna till förändring. Man kan söka möjligheterna till förändring och man kan se till att skapa möjligheter till förändring!



Problemlösning i teamet

Vi människor löser problem med hjälp av våra mest utvecklade funktioner. Kreativitet och eftertänksamhet kan komplettera varandra. I teamet måste man arbeta nära tillsammans med varandra för att nå målen för teamarbetet. En problemlösningssprocess i ett tvärprofessionellt team blir förmodligen bäst om alla funktioner, som finns representerade hos olika individer i teamet, används. Olika personer och personligheter behöver därför få komplettera varandra i teamet för att problemlösningen skall bli bra.

Vid problemlösningen i teamet behöver man i teamet ställa frågor som tar alla kunskaper i anspråk. Man behöver fråga efter fakta och efter hur problemet, situationen kan beskrivas. Det är viktigt att var och en i teamet tar reda på vilken som är den egna yrkesuppgiften i förhållande till problemet och vilka uppgifter de andra personerna i teamet har och tar på sig. Man behöver fråga sig vilka möjligheter och handlingsalternativ som finns vid problemlösningen och vilka för- och nackdelar som finns vid de olika handlingsalternativen. Besluten fattas som en del av vad organisationen i stort kräver eller behöver för att kunna utföra det Habiliteringen fått till uppgift att göra. Vad får olika val av insatser för följderna och kostnader? Vilka värden behöver man ta hänsyn till vid beslutsfattandet kring habiliteringen? Vem i teamet är bäst lämpad för att utföra en viss yrkesuppgift? När i tiden behöver olika insatser erbjudas patienten? Hur skall olika yrkesinsatser länkas ihop på ett bra sätt?



Uppgift att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Har du haft arbetskamrater, som haft personlighetsdrag som du tycker har bidragit till speciella problem vid teamarbetet? Vilka personlighetsdrag tänker du på, i så fall?



När det tvärprofessionella teamet är i praktiskt, effektivt arbete

Vad är ett team och hur fungerar ett team?

Ett team är en mindre grupp, några människor som gör något tillsammans. Det finns ett bestämt syfte med att man har inrättat ett team. Ett team har till uppgift att utföra bestämda arbetsuppgifter men

därutöver måste man inte göra allting tillsammans. Arbetsuppgifterna skall styra vilka *kompetenser* som finns i teamet. Teamet måste ha en fysisk plats att vara på. Det krävs tid och olika andra slags *resurser* för att arbetet i teamet skall fungera. Det är viktigt att fastställa *ramarna för arbetet i teamet*, exempelvis vad teamet har ansvar för. Det är även viktigt att fastställa teamets rättigheter till självständigt fungerande och bestämmanderätt. *Alla medarbetarna i teamet ska uppfylla ett aktivt medarbetarskap.*

Det finns *olika faser* – vilka man även kan kalla för kriser – *i ett teams utveckling*. Ett nystartat team kan ofta känna osäkerhet och förvirring inför hur man skall arbeta i teamet. Teamet styrs av individernas behov av att komma ur förvirringen. Denna fas kan föda kreativitet och leda över till inspiration i teamet. Nu börjar idéer dominera i teamet. Yrkesrollerna utvecklas och man börjar kunna sina arbetsuppgifter. Teamet kanske glider över i en nöjdhetsfas. Målen för arbetet dominerar mer än metoderna. Risker är att det utvecklas en viss självgodhet i teamet. Vissa team utvecklas mot att styras av regelsystem. Risker är med tiden stor för att teamet nu faller tillbaka i sin utveckling igen och att det känns för medarbetarna i teamet som att teamarbetet får börja om från grunden.

Det väl fungerande teamet har ett eller flera *gemensamma och tydliga mål* för arbetet i teamet och för vad teamet skall uppnå för bidrag till organisationens uppgift. Målen för verksamheten i stort liksom för teamets arbete måste vara väl kända av alla i teamet. I teamets diskussioner kommer man ofta att arbeta även med mindre frågor kring de enskilda patienterna. *De enskilda yrkespersonerna i teamet behöver också ha tydliga professionella mål. Det effektiva teamarbetet bygger på att de individuella yrkesinsatserna samordnas till en bra helhet.* För att man skall kunna uppnå den helheten måste den styras av en *genomtänkt planering för hela teamets arbete kring varje enskild patient. De olika yrkesrollerna måste vara väl kända av alla i teamet för att teamet som helhet skall kunna fungera effektivt.*

Ibland är det helt avgörande för att man skall kunna hjälpa patienten att patienten får hjälp från flera yrkespersoner från olika yrken. Hjälpsatserna ges ibland parallellt men oftare fördelade i tiden. Det kan vara särskilt viktigt att mer än en yrkesperson träffar patienten i början då personalen lär känna patienten och samlar in material för att kunna göra upp en habiliteringsplan. Vad en habiliteringsplan är beskrivs lite längre fram.

Teamet kan ge medarbetarna stöd i problematiska situationer. Medarbetarna kan uppleva en god arbetstillfredsställelse då de utför sina arbetsuppgifter. Men lagarbetet är ingen sällskapslek. Det är viktigt att ha en god anda, en bra stämning och ärliga, förtroendefulla dialoger i teamet. Men en sådan anda uppstår inte av sig själv. Teamet och teamarbetet skall framför allt vara medel för att nå uppsatta mål, inte medel i sig.

Samordning i teamet

Hur *samordningen av olika yrkesinsatser* skall kunna utföras på bästa sätt är många gånger inte helt klart. Praktiskt utförs samordningen av arbetsinsatserna i teamet ofta av en utsedd teamsamordnare. Jag skriver mer om detta längre fram. Det är habiliteringschefen som är formellt ansvarig för hur arbetet fördelas och utförs i de olika teamen.

Teamet och dess medlemmar behöver bland annat få träning i kommunikation och mötesteknik. Teamets medlemmar behöver veta vilka beslut som får fattas i teamet. Det är viktigt att beslutsvägarna är så enkla som möjligt. Samordningen av olika yrkespersoners enskilda insatser sker bland annat genom *teamkonferenser*. Vid dessa försöker yrkespersonerna resonera sig samman kring hur man kan beskriva och förstå patientens problematik och hur man skall kunna uppnå bästa tänkbara stöd av patienten i förhållande till de hjälpbehov patienten uttrycker och de förutsättningar patienten har.

De enskilda yrkespersonernas arbetsinsatser i teamet samordnas även bland annat med hjälp av kartläggning och styrning av *processkartor*. Med hjälp av processkartor försöker man bland annat identifiera de områden inom vilka man behöver uppnå särskilda förbättringar för att den sammantagna

habiliteringen skall bli så bra som möjligt. Det är oftast inte möjligt att alla yrkesföreträdare är aktiva gentemot patienten samtidigt utan yrkesinsatserna fördelas ofta i tiden. Men teamet är bland annat till för att man skall kunna lösa arbetsproblem tillsammans och att man tar ett ömsesidigt ansvar för arbetet som skall utföras av teamet. Habilitering är en ofta en långvarig process, som innehåller många yrkesinsatser.

I teamet bör man gång på gång fråga sig: *Vad arbetar man för och hur?* Varför är man anställd och vad har man till uppgift att göra i sin anställning? Om man kan beskriva det man gör för sig själv och i sitt team får man även lättare för att beskriva det för andra utanför teamet. Vilka mål styr teamets arbete? Organisationens mål översätts till mål för varje team och för varje teammedarbetare. Varför arbetar man egentligen i team? Vad förväntas teamen göra? Vad förväntar sig organisationen av teamet? Vilka tidsramar har man för teamarbetet? Hur ofta skall man träffas i teamet? Vad förväntar sig patienterna av teamet? Vilka i teamet skall göra vad och hur? Vilka personer, vilka personligheter, vilka kunskaper och vilka resurser har man tillgång till i teamet? Vilka roller har var och en som ingår i teamet? Vad förväntar sig de man samverkar med utanför teamet av teamet? Vad förväntar sig de enskilda individerna som arbetar i teamet att de skall få ut av att vara medlemmar i teamet?

Det gäller att finna en bra balansgång mellan flexibilitet och självständighet i olika individers yrkesroller och en styrning och samverkan av olika yrkesinsatser så att de sammantaget medför en god helhet i insatserna för patienterna. I teamet blir man beroende av varandra när man arbetar för att uppnå ett effektivt arbete i teamet. En viss otydlighet i arbetet kan bidra till en större frihet för de enskilda och för teamet som helhet. Men en alltför stor otydlighet är förvirrande för de anställda och den bidrar inte till att teamet når en god målpuppfyllelse.



Samarbetet i teamet måste utvecklas för att därefter vårdas, underhållas! Vid sidan av det officiella syftet teamet är till för fyller varje sådan mindre arbetsgrupp ett antal olika uppgifter för teamets enskilda medlemmar. Teamet kan exempelvis vara en viktig social grupp att vara med i för vissa. På arbetsplatsen uppskattar man ofta arbetskamrater som har en positiv inställning till jobbet. Vidare värderas egenskaper som att en arbetskamrat tar ansvar, är hjälpsam, lyssnande, humoristisk, vill uppnå resultat och söker lösningar, visar omtänksamhet och tar sig tid för arbetskamraterna, ger beröm och är konstruktiv i sin kritik. För en del är teamet mest förknippat med utförandet av arbetsuppgifter.

Det finns en mängd olika gruppprocesser som måste fungera väl för att teamets arbete i stort skall bli bra. Hur kommunicerar de olika individerna i teamet med varandra? Hur fattar man beslut? Hur skapar man en god arbetsstämning? Hur löser man problem som uppstår i teamet, både i hur det förväntas fungera och i problem som de enskilda möter i sina arbetssituationer? Hur samarbetar man inom teamet och med personer i omvärlden? Vilka roller har man i teamet vid sidan av de officiella?

Arbetet inom Habiliteringen kräver ett komplicerat beslutsfattande som alla i teamet måste delta i. Det kräver också av alla ett delat ansvarstagande och ett gott samarbete. Samarbete måste tränas. Som bäst kan man i teamet samarbeta så att man tillsammans uppnår mer än om man skulle arbeta enskilt utan tillgång till ett team. Det gäller att lära känna, förstå och ta hänsyn till de olika förutsättningar som personerna i teamet har. Det är inte självklart att ett teams insatser är mera effektiva än summan av de olika yrkesföreträdarnas enskilda insatser utan det beror på om man kan utveckla goda arbetsförutsättningar för teamet och i teamet.

Teamarbetet kan bli och vara effektivt men det är inte någon självklarhet att det är effektivt att arbeta i team. Det är inte säkert att det är kostnadseffektivt men det kan oftast bidra till stor patientnytta och en god måluppfyllelse. Team som upplever sig vara självstyrande anser sig också vara mer effektiva. Tanken med lagarbete i team är att teamets samlade kompetens skall kunna möta komplexiteten i vad rehabiliteringen syftar till. Olika yrkesprofessioner kan lära av varandra. Med ett varierat utbud av kunskaper kan teamets medarbetare få specialisera sig i arbetsuppgifter och i roller. Med ett varierat utbud av insatser kan också patienterna bli nöjda. Nöjda patienter tillgodogör sig insatserna bättre.

Utvärdering av teamets verksamhet

Teamets verksamhet, arbetet i teamet och vad teamet uppnår måste *utvärderas kontinuerligt*. Då måste man utvärdera både vad som uppnås i arbetslaget som helhet och hur de enskilda gruppledarna fungerar i teamet. Hur effektivt är teamet? Vilka problem har teamet med sina prestationer? I vilka avseenden fungerar teamet bäst? Ambitionen är att ständigt förbättra de arbetsmetoder som används i teamet. Det viktigaste kännetecknet för ett teams framgång är om det har förmågan att göra ett bra jobb. Men det är inte alltid så lätt att identifiera vad det är att göra ett bra jobb. *Det är viktigt att lära sig av det som fungerat bra i teamets arbete* och av det som fortfarande fungerar bra fast man även möter problem i sitt arbete.

I ett väl fungerande team känner sig alla medarbetarna trygga och man litar på varandra. Var och en har en klar uppfattning om sin egen yrkesroll liksom om de andras. Var och en i teamet tar ansvar för sig själv och vad man utför och även för att teamet som helhet når sina arbetsmål.



Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Rehabiliteringen:

Vad tror du är allra viktigast för att ett tvärprofessionellt team skall fungera bra inom Rehabiliteringen eller inom en annan yrkesverksamhet?

Har du någon personlig vision för ditt arbete inom Rehabiliteringen?

Om du idag på din arbetsplats tillhör ett team:

Hur vill du känneteckna det yrkesteam som du tillhör?

Vad avgör på din arbetsplats vilket team som väljs för olika problem, för olika patienter eller för olika situationer?



Teamledarskapet – innebörden av gott ledarskap (god ”coaching”) av det tvärprofessionella teamet

En förutsättning för att teamet skall kunna fungera väl är att det leds av någon. En arbetsgrupp, ett team måste ha en ledare, den närmaste chefen, som kan styra arbetsinsatserna. Habiliteringschefen är, som nämnts, oftast den formella teamledaren samtidigt som habiliteringschefen ibland inte hinner med att vara så mycket i och påverka teamens praktiska arbete. I detta avsnitt skildras på vilket sätt teamet behöver ledas. *Teamledaren skall leda teamarbetet, är ansvarig för att yrkesinsatserna samordnas och är även ansvarig för att verksamheten utvecklas på ett bra sätt.* Teamet skall utföra en vårdproduktion som stämmer med verksamhets- och handlingsplanerna som finns.

Ledaren för teamet utvecklar spelreglerna för teamarbetet ihop med teammedlemmarna. En teamledare som är aktiv främjar teamets effektivitet (Thylefors, 2007). Teamledaren har ingen möjlighet att djupare kunskaper inom alla teammedarbetarnas skilda yrkeskompetenser. Men teamledaren skall ändå försöka leda och assistera teammedlemmarnas yrkesinsatser på bästa sätt. Chefen för teamet (teamledaren) har till uppgift att leda, fördela och samordna arbetet för ett antal långtidsutbildade yrkespersoner från ett antal olika yrkesgrupper. Det gäller att locka fram och ta till vara varje medarbetares yrkeskunskaper på bästa sätt och att skapa bästa möjliga arbetsförutsättningar för teamet som helhet. *Baspersonalen i teamen behöver personlig kontinuerlig ledning liksom stöd och uppmuntran* för att kunna fungera bra i sina yrkesroller i och utanför teamarbetet.

Teamsamordning

I habiliteringsteamet finns ibland en *teamsamordnare*. Denna person är sällan teamets formella arbetsledare så det är *viktigt att inte blanda ihop teamsamordnarens formella ansvar med teamledarens*. Teamsamordnarens roll är många gånger inte så tydlig och inte vilket mandat teamsamordnaren har i teamet. För en utförligare beskrivning av teamsamordnarens roll hänvisas till en uppsats av Nilsson (2009). I praktiken får teamsamordnaren i teamet ofta sköta en hel del arbetsuppgifter vilka egentligen formellt tillhör habiliteringschefen. Teamsamordnaren skall just samordna insatser i teamet. Men teamsamordnaren tar ofta på sig och tar särskilt ansvar för sådana uppgifter som de andra i teamet inte direkt vill axla. Teamsamordnaren skall delge habiliteringschefen hur teamet fungerar och om större problem uppstår i teamarbetet. Teamsamordnaren skall vid behov söka stöd hos habiliteringschefen.

”Coaching” – definition

Förr användes begreppet coach ofta som ett uttryck för en lagledare. Nu menas ofta med uttrycket ett *coachande ledarskap* sådant som att *leda, vägleda, stödja, uppmuntra, heja på, peka på möjliga vägar, ställa utmanande frågor, ge återkopplingar på utförda prestationer i teamet och även ha en kontroll över vad som händer i omvärlden*. I detta sammanhang väljer jag att använda begreppet *att coacha* parallellt med begreppet *att leda teamet och dess arbete*. En coach som även är en formell ledare har även kontrollerande funktioner tydligare än andra personer som arbetar som coacher. Habiliteringschefen har också en mängd ansvarsområden och arbetsuppgifter som inte beskrivs närmare i denna skrift.

Coachen i organisationen

Habiliteringsteamets ledare är i ett slags mellanställning. Habiliteringschefen befinner sig i ett *spänningsfält*. Den överordnade chefens intentioner skall föras ut i teamet. Teamledaren upplever samtidigt en mängd förväntningar och krav från teamets medlemmar. Teamledaren skall kunna samarbeta väl med alla andra på arbetsplatsen liksom med verksamhetens chef. Ledaren för teamet skall även kunna *företräda de enskilda teammedarbetarnas uppfattningar*, både inom organisationen och utåt vid samverkan med andra. Teamledaren är teamets företrädare utåt. Teamledaren ingår ofta i något slags ledningsgrupp för verksamheten vid den lokala Habiliteringen.

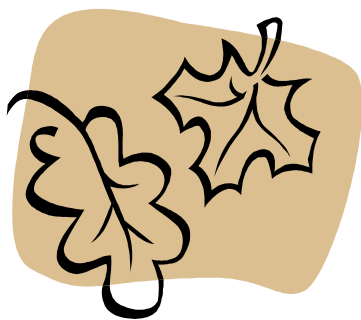
Ledaren av ett rehabiliteringsteam behöver ha ett *övergripande perspektiv* som gör det möjligt för ledaren att se på arbetet även ovanför de vardagliga problemsituationerna var och en hamnar i. Ledaren behöver också kunna konkretisera verksamhetens övergripande mål och riktlinjer i lämpliga arbetsuppgifter för teamet. Ledaren behöver samtidigt kunna leva sig in väl i såväl medarbetarnas arbetsituationer som i patienternas problematik i stort och i smått. Arbetsledare med hög emotionell-social kompetens är ofta omtyckta och kan bidra till effektiva medarbetare. Dessa chefer har ofta en god självkännetid i botten av sin sociala förmåga.

Ledaren måste vidare *känna till rehabiliteringens grunder* och vad som påverkar om eller när det blir möjligt att genomföra olika rehabiliteringsåtgärder. Teamets ledare skall även ha en aktuell *kännetid om budgeten* och om *organisationens ramar i övrigt, vilka uppdrag som beställts* att Rehabiliteringen skall utföra och de *mål för verksamheten* som formulerats för Rehabiliteringen. Alla dessa förhållanden påverkar vilka insatser teamet rimligen kan och bör utföra.

Ledaren måste även *hålla sig informerad om vad som händer i den omvärld man närmast samarbetar med* och informera teamet om det. De anställda förväntas känna en samhörighet och ha ett slags lojalitet med den organisation inom vilken de är anställda.

Det krävs av ledaren att hon eller han har *visioner men även realism*. Ledaren har makt men måste också kunna dela med sig av makten. Chefer på olika nivåer har skyldigheter och rättigheter att fatta beslut, ensamma eller i samråd med sina medarbetare. Men önskar chefen att personalen skall bli engagerad är det viktigt att personalen får delta i beslutsprocesser och medarbetarna måste få vara med om att fatta besluten.

Det är viktigt att *teamledaren i praktiken utövar ett slags hållning mot medlemmarna i teamet som påminner om, avspeglar den syn organisationen förväntar sig att de anställda har mot patienterna*. Detta avser bland annat områdena delaktighet i beslut och möjligheterna till ett självständigt fungerande för var och en i teamet.



Att utöva coaching i praktiken i teamet

Coachen behöver kommunicera på ett tydligt, klargörande sätt. Hon eller han behöver våga vara tillräckligt ledande i teamarbetet. Teamledaren skall lyssna respektfullt på medlemmarna i teamet och försöka *leva sig in i och förstå arbetsproblemen*. Hon eller han skall *komma med goda idéer* och vara en allmänt kreativ, initiativrik och drivande person som kan *bidra till att teamarbetet utvecklas*. Medarbetarna i teamet måste berätta för coachen om hur deras arbete löper på och om speciella arbetsproblem uppstår – annars är det inte möjligt för teamledaren att utöva det formella ansvaret för teamets verksamhet.

Ledaren måste *klargöra förväntningarna på teamet*. Ledaren måste även ha en förmåga att *samordna de förväntningarna med vad organisationen i stort arbetar för*. En klar målstyrning av teamets verksamhet kan i betydande utsträckning minska på behovet av annan mera detaljerad kontroll av teamets ledare. Ledaren i teamet behöver *hjälpa medarbetarna att fokusera på en arbetsuppgift i taget*.

Teamledaren *skall bidra till att teamet verkligen får en samsyn i sitt arbete*. Teamledarens uppgift är bland annat att få samtliga i teamet att ”dra åt samma håll”, att *arbeta för samma mål*. Ledaren för teamet, den mindre arbetsgruppen, har till uppgift att bidra till en *samordning av mycket olika yrkeskunskaper till en god helhet*. Coachen behöver lära känna varje teammedlems förutsättningar och kompetenser. Dessa behöver användas på bästa sätt då de enskilda medarbetarna i teamet utför sina arbetsuppgifter och då teamet arbetar för sin samlade uppgift.

Teamledaren har mandat att fatta beslut och måste även fatta vissa beslut i teamet. Det är *viktigt att beslutsfattandet i teamet föregås av tillåtande dialoger och diskussioner* i vilka alla i teamet kan göra sina röster hörda. Det är också viktigt att teamledaren vågar *delegera* en hel del arbetsuppgifter till medarbetare i teamet.

En teamledare behöver vara *tillgänglig* för teamets medlemmar men även *närvarande i teamets konferenser och engagerad* i de frågor som är viktiga för teamet. Ledarskapet i teamet behöver präglas av respekt, omtanke, ärlighet och tydlighet mot teamets medlemmar. Ledaren skall ge rikligt med *återkoppling* till de enskilda i teamet och till teamet som helhet. Det sämsta teamets ledare kan göra är att ignorera de anställda i teamet. Ledaren måste våga *ställa krav* på teamet. Ledaren måste även erbjuda stöd, råd, uppmuntran, erkännande, återkoppling och en viss *kontroll av teamets samlade insatser och de olika insatser som utförs av enskilda yrkespersoner inom teamet*. En klok ledare vet att belöningar även kan komma av att yrkespersoner utför sina direkta arbetsuppgifter och att de då känner sig nöjda med hur det gått i arbetet.

Olika människor är mer eller mindre bra på att arbeta i team. De allra flesta kan lära sig det. I ett team måste man kunna anpassa sig efter andra personer i teamet. Man kan inte alltid få sin vilja igenom. En klok ledare för teamet *underlättar arbetsprocessen* i teamet och *gör teamets medlemmar medvetna om arbetsprocessen*. Gruppens medlemmar genomgår även en egen mera personlig utvecklingsprocess förutom att processen kan handla om hur arbetsuppgifterna kan och bör utföras. Ledaren måste *tillåta både individerna i gruppen och gruppen/teamet att utvecklas*.

På liknande sätt som yrkespersonerna uppmärksammar patienterna på framsteg behöver teamets ledare uppmärksamma och *betona det som fungerar väl i teamarbetet*. Om man trivs i sitt arbete upplever man ofta arbetet som mindre stressande. Man kan *även lära sig i teamet av det som inte fungerar så bra*. Det är destruktivt att ständigt inrikta sig mot brister i teamarbetet. Det är viktigt att försöka se och betona teamarbetets möjligheter. Ledaren behöver peka på när teamet fungerar tillräckligt bra och inte bara framhålla vad det idealt bör uppnå.

Teamledaren måste kunna lita på att teamets medlemmar sköter sina arbetsuppgifter på ett bra sätt och att teamet mestadels fungerar väl. Teamledaren har även till uppgift att i viss mån kontrollera vilket arbete som utförs i teamet och hur. Ledaren i teamet har ett även stort ansvar för att försöka *definiera problem* som uppstår i arbetet med de enskilda patienterna och i arbetet i teamet som helhet. Chefen skall vidare *leda teamet genom konflikter* när teamet inte fungerar bra som arbetslag. Olika människor använder sig av väldigt olika sätt att försöka lösa konflikter. Konflikter i gruppen kan främja gruppens utveckling. Men för många och för stora konflikter kan hindra teamet från att orka arbeta med sina uppgifter på ett bra sätt. Det händer att teamet behöver hjälp av någon utomstående person för att kunna lösa långvariga, låsta konflikter. Konflikter kan gälla sådant som makt, revir, roller, kommunikation och informellt ledarskap i gruppen. Mindre motsättningar eller konflikter i teamet kan vara betydelsefulla, rent av utvecklande för teamet. Teamledaren får ibland ta itu med dessa problem i teamet. Då problem uppstår vid teamarbetet är det teamledarens uppgift att erbjuda sitt stöd åt teamet och i vissa fall mer individuellt till någon eller vissa i teamet.

Coachen *vägleder teamet och främjar dialogerna i teamet*. Ledaren behöver *fånga upp vilka behov som finns i teamet*. Om ledaren lyckas påverka andan, stämningen i teamet ökar chanserna för att teamet arbetar effektivt. Ledaren för teamet är i sin tur beroende av att få stöd och återkoppling från sin chef.

Coachen och den enskilde medarbetaren och teamet

Många yrkespersoner ger tillsammans bidrag till Habiliteringens stöd för att den enskilda patienten skall må och ”fungera” bättre. Teamets medlemmar har lojaliteter med sina professioner. Varje anställd har även ett eget stort individuellt yrkesansvar utöver de skyldigheter man har att bidra till ett med organisationens uppgifter lojalt och gott teamarbete.

Ledaren måste ha en tilltro till mänsklig psykologi. Det tar tid att utveckla ett väl fungerande team. Det krävs att man kan ta vara på vars och ens bidrag i gruppen för att utvecklingen skall kunna bli bra. Man måste tillåta individuella prestationer i teamet men individerna i teamet måste även lära sig att man ibland får stå tillbaka för de andra i teamet. Ledarens viktigaste uppgift är att försöka *utveckla goda lagspelare*, medspelare i teamet. I samarbetet påverkar gruppens medlemmar varandra och de låter sig även påverkas av de andra. Ledaren behöver bidra till problemlösning och samsyn i teamet och *hjälpa teamet att formulera handlingsplaner och fokusera på rätt saker*.

Ledaren behöver, som redan betonats, vara intresserad av och försöka *fånga upp hur var och en i teamet mår*. Teamledaren behöver lära känna alla i teamet. Cheferna behöver visa respekt mot de anställda, för deras personligheter och för deras yrkeskunnande. Teammedarbetarna behöver få ha ett faktiskt inflytande över många frågor, samtidigt som chefen fattar många av besluten i teamen, framför allt de övergripande. Ledaren behöver känna till vars och ens starka sidor liksom de sidor som behöver stödjas hos respektive teammedlem. De individuella behoven upphör inte fast man arbetar i grupp. Teamet fyller även sociala behov. Att man ibland småpratar med varandra i teamet, att man bryr sig om varandra och har roligt tillsammans är betydelsefullt för hur teamet fungerar.

Coachen vägleder även de enskilda medarbetarna i teamet i deras individuella utvecklingsprocesser. En god ledare hjälper olika yrkespersoner att finna sina framgångar i sina yrkesroller. Ledaren har en viktig uppgift att uppmuntra medlemmarna i teamet att utveckla sina yrkeskompetenser. Bra ledarskap är att motivera medarbetare genom att ge dem möjligheter att utveckla sina förutsättningar i sina arbetssituationer. Ledaren kan även behöva hjälpa de enskilda medarbetarna i teamet att inte ställa orimliga krav på sig själva och att inte försöka göra för mycket.

Teamarbetets utvärdering

Det är viktigt att man regelbundet utvärderar teamarbetet och att man även utvärderar hur teamets chef fungerar i sin ledarroll. Teamledaren är ett moraliskt föredöme, en person som alltid behöver vara etiskt medveten. Teamledaren behöver ha ett sakligt och rättvist förhållningssätt mot alla i teamet. Teamledaren bidrar starkt till teamets arbetsmotivation.

Det är viktigt att man regelbundet ställer frågorna: Vad fungerar bra och vad behöver förändras i teamarbetet? I varje team behöver finnas en balans mellan arbete i ett högt tempo och avsatt tid för återhämtning och reflektion. Men alltför många medarbetare upplever idag stress av olika slag.



Teamkonferensen

Teamkonferensen är den *plattform för dialog* som ofta kan vara till stöd för olika yrkespersoner. *Teamkonferensen är ofta själva kärnan för arbetet i teamet.* Men det gäller att man kan uppnå effektiva möten i teamets konferenser.

I teamet behöver man eftersträva att *arbeta fram en gemensam värdegrund och en gemensam referensram*, ett slags grund som arbetet bygger på. *Organisationens vision och övergripande mål måste översättas i teamet till mål som kan styra de direkta yrkesinsatserna för patienterna.* Ett team måste vara öppet för förändringar. Men teamet behöver också bygga på ett stabilt arbetssätt.

Teamarbetet utförs utifrån patientens behov och fokuserar på patientens aktuella förutsättningar. Teamet skall kunna göra en gemensam och en samlad bedömning av den enskilda patientens förutsättningar för att man tillsammans med patienten skall kunna formulera en rehabiliteringsplan för hur de fortsatta insatserna skall ges från Habiliteringen. I planen formuleras mål för vad man hoppas uppnå vid rehabiliteringen. Låt oss nu gå över till rehabiliteringsplanerna.



Habiliteringsplaner

Det krävs av varje verksamhet som utför vård att den är systematisk och målstyrd. I det tvärprofessionella teamet inom Habiliteringen gör man upp *habiliteringsplaner* kring varje enskild patient och kring varje patientåtgärd. Då man arbetar för personer med i vuxen ålder förvärvad hjärnskada kallas den planen, som nämnts ovan, för en *rehabiliteringsplan*. Ibland kan de individuellt uppgjorda planerna i kommunerna även vara de planer som Habiliteringens personal följer. Det gäller att möta varje patients behov, förutsättningar och vilja. Rehabiliteringsplanen bygger på den enskilda patientens behov vid en viss tidpunkt, sådana de kan uppfattas genom vad patienten (eventuellt med hjälp av företrädare) uttrycker. Det handlar om att möta de behov patienten uttrycker sig behöva hjälp med och stödja patienten att kunna utveckla sina personliga förutsättningar.

Det kan många gånger vara svårt för patienter och föräldrar, inte minst inom Barn- och Ungdomshabiliteringen, att veta vad man behöver ha hjälp med. Då man formulerar planen väger yrkespersonerna in av sina yrkeserfarenheter och sitt yrkeskunnande vad de uppfattar som viktig och riktig hjälp för patienten. Personalen kan delge, berätta en del från sina yrkeserfarenheter. Det är en trygghet för patienten att möta erfaren och kunnig personal. Personalen måste även uttrycka vad man faktiskt bedömer sig ha realistiska möjligheter att bidra till. Det handlar om vad yrkespersonen bedömer sig kunna påverka, om hon/han lärt sig yrkesmässiga metoder för att uppnå det patienten önskar och om yrkespersonen har tillräckligt med tid för att ge den hjälp patienten behöver.

Habiliteringsplanen innehåller mål för *habiliteringsarbetet*, som är *inriktat mot de förändringar patienten önskar uppnå*. Yrkespersoner kan ha specifika mål för sina insatser. Metoderna som används och typen av yrkesinsatser skall knyta an till de behov av stöd och hjälp av olika slag som personen med en funktionsnedsättning faktiskt uttrycker.

Habiliteringsplanen är till för patienten. Den är samtidigt ett viktigt hjälpmedel för personalen. Habiliteringsplanen styr insatserna för den enskilda patienten och planen skall även möjliggöra en god utvärdering av insatserna. Utvärderingen skall göras i samråd med patienten och/eller dennes företrädare.

Det skall finnas klara mål i habiliteringsplanen för vad personalen försöker uppnå i sitt samarbete med patienterna. Tydliga, begripliga mål kan bidra till att patienten medverkar aktivt och samarbetar med sin personal under habiliteringen. Målen skall vara personliga, betydelsefulla och tydliga och om möjligt konkreta för patienten.

Man får ofta skilja mellan långsiktiga och övergripande mål i arbetet och kortsiktiga, precisa, mera mätbara och närliggande mål för olika stödinsatser. Det är mycket viktigt att man har realistiska mål för habiliteringsinsatserna. Målen måste vara kända, begripliga och angelägna för patienten (eller dennes företrädare) liksom för personalen.

Att målen är väl formulerade och även hur de formulerats har stor betydelse för vad yrkespersoner kan uppnå med sina insatser. Hur målen formulerats påverkar i stor utsträckning om patienterna kan bli engagerade i samarbetet med yrkespersonerna. Målen måste vara meningsfulla även för personalen i förhållande till de yrkeskunskaper olika personer i teamet har. Målen skall dessutom vara möjliga att uppnå genom insatser som personalen vid Habiliteringen kan genomföra.

Målen behöver även vara möjliga att utvärdera med jämna mellanrum, båda av de olika yrkespersonerna och av personalen i samarbete med den enskilda patienten. Vid sidan av målen i habiliteringsplanen kan yrkespersonerna i teamet ha mera speciella och utvärderingsbara mål för sina direkta yrkesinsatser.

Habiliteringsplanen i stort skall utvärderas med jämna mellanrum. Utvärderingen görs ofta årsvis. Man tar vid utvärderingen reda på både om målen i planen uppnåtts och om patienten är nöjd med hur habiliteringsinsatserna genomförts. Habiliteringsplanen omformuleras efter utvärderingen av den om patienten önskar ett fortsatt stöd av Habiliteringen och kanske även då patienten uttrycker nya behov av hjälp efter hand under det löpande arbetets gång. Insatserna för en inskriven patient pågår ofta under något eller några år.

Det är en komplicerad uppgift att få ihop hur olika patientbehov skall kunna mötas av yrkespersonerna i teamet. Patientens behov av hjälp och personalens möjligheter att erbjuda sina yrkesinsatser förändras ofta under tiden som teamets medlemmar på olika sätt arbetar för att stödja patienten. Ibland förändras med tiden förutsättningarna hos patienten.



Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Lyckas man inom det team du tillhör vanligen formulera mål i habiliteringsplanen som du tycker uppfyller kriterierna som beskrivits ovan?

Kan du ge exempel på svårigheter som ofta uppstår då man formulerar mål i habiliteringsplanen?

Tycker du att det är realistiskt att följa en och samma habiliteringsplan under minst ett års tid?

Del 6: Vad går teamets habiliteringsinsatser i stort ut på?

Habiliteringsprocessen – flödet av yrkesinsatser och en fallbeskrivning

Vid habiliteringen erbjuds en mängd olika insatser. Jag försöker gruppera och kortfattat beskriva dem i nästa kapitel. Jag har redan benämnt hur Barn- och Ungdomshabiliteringen och Vuxenhabiliteringen arbetar med delvis olika betoning och delvis olika målområden. Habilitering, är, som definierats ovan, namnet på den process som äger rum då en person (patienten) får insatser av en vårdgivare. Nu försöker jag ge exempel på vad som påverkar habiliteringsprocessen och hur den praktiskt kan utformas.

En arbetskamrat till mig benämner habiliteringsinsatserna som ett slags ”förädling”. De syftar ytterst till att personen med en omfattande funktionsnedsättning skall få förbättrade möjligheter att fungera väl och att känna att hon eller han har bra vardagsliv – trots att själva funktionsnedsättningen kvarstår i grunden och ofta inte låter sig påverkas så mycket.

Habiliteringsplanen styr habiliteringsprocessen liksom diskussionerna i teamkonferensen

Den habiliteringsprocess jag beskriver nu omfattar inte alla insatser som utförs för den patient som är aktuell inom Habiliteringen. Andra aktörer erbjuder hjälp och andra former av habilitering kan parallellt erbjudas patienten. Därför samarbetar Habiliteringen i stor utsträckning med andra vårdorgan och myndigheter. Beskrivningen här handlar om Habiliteringens verksamhet. Många gånger kan med tiden så många yrkesinsatser erbjudas att det inte är så lätt att identifiera ”den röda tråden” i arbetet!

Habiliteringsprocessen inom Habiliteringen kommer att styras av *habiliteringsplanen* och av *teamkonferensen*, som habiliteringsteamet har varje vecka. Planen och konferensen har beskrivits tydligare ovan. Habiliteringsplanen bygger på att man kartlagt och utrett patientens förutsättningar och hjälpbehov. Hjälpbehoven uppstår av patientens faktiska problem i sin funktionsnedsättning. Men patientens egen inställning till problemen och den egna funktionsnedsättningen påverkar också i stor utsträckning om eller hur personalen bör engagera sig i dem. Inställningen påverkas bland annat av patientens kunskaper om sin egen diagnos och om funktionsnedsättningens följder. Patientens anställning formas även av de attityder och förväntningar som patienten möter i sin omgivning i vardagslivet.

Det är inte alls säkert att patientens *önskan* om hjälp stämmer överens med vad personalen inom Habiliteringen bedömer att patienten *behöver* hjälp med. Det kan vara så att patienten önskar få hjälp att uppnå förändringar som Habiliteringens personal inte kan uppnå med sina insatser. Habiliteringens personal brottas ofta med frågorna *vad man egentligen kan påverka* och *vad man kan uppnå med sina insatser*.

Ibland ställs personalen inför att patienten har hjälpbehov som hon inte är medveten om – åtminstone inte ännu. Då får personalen avvakta med sina yrkesinsatser till en senare tidpunkt. Ibland kommer det en särskilt bra tidpunkt just för att erbjuda ett visst slags hjälp. Nya hjälpbehov uppstår ofta efter hand som de habiliterande insatserna genomförs. Habiliteringen skall styras av den uppgjorda habiliteringsplanen. Men denna kan skilja sig från den praktiska verklighet personalen möter.

Habiliteringsprocessen och något om vad som påverkar den

Det är mycket svårt att ange ett exakt flödesschema som gäller för yrkesinsatserna kring alla patienter. Men det går att allmänt benämna olika saker som ofta kommer att påverka flödet av yrkesinsatser som ges under habiliteringens gång. *Hela teamets kompetens behöver oftast tas i anspråk i ett tidigt skede av habiliteringen*. Ibland kan en viss insatt hjälp (exempelvis en tidigt insatt kriterapi) vara en förutsättning för att patienten och hans närstående skall bli mottagliga för andra yrkesinsatser i teamet.

De medicinska insatserna blir många gånger särskilt viktiga tidigt i processen. Den psykologiska utredningskompetensen samt andra former av utredning tas också i anspråk i stor utsträckning i början

av habiliteringsprocessen. Behov av sociala insatser (exempelvis samhällsinformation, rådgivning, krisstöd, kurativt stöd) uppstår ofta upprepat under habiliteringens gång. Pedagogiska insatser liksom psykologiska behandlingsmetoder blir ofta aktuella lite senare i habiliteringsprocessen liksom tekniskt stöd (exempelvis utprovning av hjälpmedel). Habiliteringsprocessen påverkas vidare av *när funktionsnedsättningen uppstår*, vid födseln, under uppväxten eller i vuxenlivet. Yrkesinsatsernas utformning påverkas vidare av om patientens funktioner håller sig ungefärligen oförändrade eller om de försämras med tiden. Processen av insatser påverkas dessutom av om funktionsnedsättningen uppstår plötsligt eller i en långsam utveckling. Insatserna styrs vidare av om det finns möjligheter att fastställa en exakt diagnos. Många men inte alla insatser kan ges även då det inte varit möjligt att konstatera den exakta diagnosen. Om patienten försämras i sina funktioner och i sin hälsa utan att man förstår varför behöver man ofta göra en fördjupad utredning innan andra habiliteringsinsatser sätts in.

Habiliteringens resurser kommer också att påverka habiliteringsprocessen. Resurserna innefattar antalet anställda och om tillräcklig sammantagen kompetens finns hos de yrkespersoner som är anställda och om var och en av dem har tillräckliga kunskaper just inom sitt yrke. En nyckelfråga är *om resurserna står i ett rimligt förhållande till de politiska beställningarna*. Har personalen en klar uppfattning om vad man kan och bör göra med de resurser som finns? Olika Habiliteringar har anställt något olika yrkesgrupper och olika Habiliteringar arbetar med något varierande patientgrupper. Detta kan påverka habiliteringsprocessen.

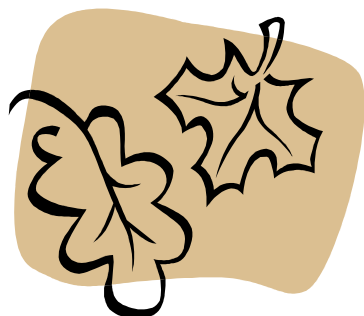
Jag har ovan försökt formulera några kriterier för effektiva team. I effektiva team har teamets medlemmar en god kunskap om *vilka mål som skall styra habiliteringsinsatserna*. Det handlar både om att känna till och följa både *organisationens mål* och de *mål* som finns formulerade i *habiliteringsplanen* kring den enskilde patienten.

Olika förutsättningar hos de enskilda patienterna kommer att påverka habiliteringsprocessen. Habiliteringsprocessen påverkas, som nämnts i inledningen, av individuella, personliga faktorer som patientens ålder och uppnådda utveckling vid habiliteringen, vilka faktiska möjligheter patienten har att fatta egna beslut och vilken förmåga patienten har att kunna vara delaktig i habiliteringen.

Jag försöker här nämna några allmänna frågor som påverkar flödet av yrkesinsatser och som alltid är viktiga för personalen att besvara kring varje patient: Hur gammal är patienten nu? Vilken utveckling har patienten bakom sig? Vilka mognadsförutsättningar har hon eller han nu? På vilken nivå fungerar patienten kognitivt? Vilken kommunikationsförmåga har patienten? Hur fungerar patienten i sina olika kognitiva delfunktioner? Har patienten ett rörelsehinder – och vilken omfattning har i så fall det rörelsehindret? Kan man hjälpa patienten genom att bara hjälpa just henne eller honom – eller hur mycket behöver man stödja de närstående (anhöriga och yrkespersoner) för att patienten i sin tur skall kunna få tillräckligt stöd och en förståelse från de närmaste personerna i sin omgivning?

Ibland försöker man strukturera verksamheten genom att formulera och genomföra *habiliteringsprogram*. Då måste man benämna vilken eller vilka patientgrupper man utgår ifrån. Ett exempel på en noggrannare och längre beskrivning av hur man arbetar med en viss patientgrupp kan läsaren få ta del av i en tidigare rapport jag skrivit (Dolfe, 2002).

Det finns ännu ingen speciell habiliteringsteori som kan hjälpa personalen att avgöra vilka insatser som behövs och när de behövs under habiliterings gång. Under habiliteringens gång aktualiseras en mängd frågor kring patientens utveckling, vad som påverkar om just den enskilda person man arbetar för mår väl och tycker sig ha ett bra liv. I ett team finns det alltid en fara i att varje yrkesperson är alltför snävt fångad i sin yrkesgrupps speciella glasögon och har svårt att se hur helheten skall kunna uppnås. *Hur teamarbetet utförs och hur personalen arbetar vid teamkonferenserna avgör i stor utsträckning vilken sammantagen kvalitet som kan uppnås i habiliteringsprocessen*.



Illustrerande fallbeskrivning av habiliteringsprocessen

Följande är en påhittad fallbeskrivning. Den ger en bild av det fullt tänkbara *flödet av yrkesinsatser från Barn- och Ungdomshabiliteringen respektive från Vuxenhabiliteringen under några års tid*:

S. är en nu 20-årig man som tidigare varit aktuell inom Barn- och Ungdomshabiliteringens verksamhet under 5 år och även tillfälligt inom Socialtjänsten. Under uppväxten var S. ett barn som ofta kom i konflikt med sina båda föräldrar, sina två yngre syskon och sina kamrater. Han har egentligen aldrig haft någon djupare vänrelation. Vid ett tillfälle råkade S. under lek ut för ett mindre skalltrauma. Han fick då en hjärnskakning och var kortvarigt avsvimnad. S. hade lite speciella intressen under uppväxten och han krävde stort utrymme för dem. S. fick tidigt stora svårigheter att anpassa sig i olika sammanhang, redan i förskolan och senare i grundskolan, framför allt från början av högstadiet. S. säger ibland sådant som att "livet är kass, man borde skita i alltihop". Detta gör hans föräldrar oroliga. Han fungerar bäst i lugna miljöer, särskilt när han är ensam tillsammans med en vuxen person.

S. har egentligen alltid haft svårt för att fungera i grupp, bland annat för att han får tvåångssymptom och ångest. Han agerar då ut och betar sig "annorlunda" och ibland "stökigt" – vilket tolkats som att S. ofta försöker få rikligt med uppmärksamhet. S. är en aktiv person som ofta påbörjar olika saker, både under skoltid och under fritid. Men han har svårt för att göra upp och följa en handlingsplan. Han har alltid haft svårt för att beskriva hur han tänker och varför han handlar som han gör. S. har även haft svårt för att förstå vad andra personer menar, hur de resonerar, känner och hur de reagerar i olika sammanhang. På grund av sina tilltagande beteendeproblem i skolan, innefattande skolk, utreds S. då han är 15 år av en skolpsykolog och en barnpsykiater. De konstaterar att han kognitivt fungerar på gränsen mellan lindrig utvecklingsstörning och svagbegåvning. Funktionellt bedöms han på grund av sina ganska omfattande anpassningssvårigheter fungera utifrån *diagnosen lindrig utvecklingsstörning*.

Skolans elevvårdspersonal och rektorn kontakter nu Barn- och Ungdomshabiliteringen. En psykolog där, med viss *medverkan av habiliteringsteamet* i övrigt, bland annat läkaren och specialpedagogen, gör en *kompletterande utredning*. Man kommer fram till att S. även har *en tilläggsdiagnos; ADHD* (uppmärksamhetsstörning) och att han också har vissa dyslexiska (läs- och skrivsvårigheter). S. blir *antagen vid Barn- och Ungdomshabiliteringen*. En logoped inom Barnhabiliteringen gör bedömningen att S har språkliga svårigheter som handlar om att han använder sig av annorlunda uttryckssätt och att han ofta gör konkreta tolkningar av ords innebörd. En sjukgymnast konstaterar en viss klumpighet i grovmotoriken. Hon gör upp ett hemträningsprogram för S. och föreslår honom att träna sig på vissa övningar, som kan bidra till att hans motoriska färdigheter förbättras en del. En läkare inom Habiliteringen konsulterar den specialiserade psykiatrins verksamhet angående en eventuell medicinerings för uppmärksamhetsstörningen. Läkaren träffar ensam föräldrarna, eftersom de har en hel del frågor kring S:s diagnos och vad som kan ha orsakat den.

En ny habiliteringsplan görs upp och S. får härefter *fortsatta insatser från Barn- och Ungdomshabiliteringens personal*. Föräldrarna vill inte att S. skall gå i särskolan. Psykolog och kurator från Barn- och Ungdomshabiliteringen delger skolpersonal information om vad det kan innebära att leva med en lindrig utvecklingsstörning i kombination med en uppmärksamhetsstörning. Personalen från Barn- och Ungdomshabiliteringen deltar härefter i åtskilliga skolkonferenser. Syftet med skolkonferenserna är mestadels att man skall försöka finna goda vägar att anpassa viss undervisning och delar av miljön kring S. för att göra det möjligt för honom att kunna klara

skolgången i grundskolan på ett bra sätt. Man försöker nu även erbjuda S. regelbundna samtal med en psykolog vid Barn- och Ungdomshabiliteringen. Men S. avbryter den samtalskontakten efter att ha gått hos psykologen några gånger. S. tycker att ”psykologen är dum och fattar ingenting”.

Under gymnasietiden går S. ett individuellt anpassat program med en yrkesinriktad utbildningsväg. Skolgången innefattar individuella praktikplaceringar. Under dessa uppstår regelbundet olika incidenter, i vilka S. kommer i konflikt med såväl sina handledare, sina kamrater som olika lärare. Han får ofta vredesutbrott. Han kan då slå till personer i sin omgivning. Efteråt skyller han sina handlingar på att de orsakats av att andra personer burit sig illa åt mot honom. Skolans personal får fortsatt stöd från en specialpedagog och en psykolog på Barn- och Ungdomshabiliteringen. Man försöker använda sig av neuropedagogiska kunskaper för att planera en undervisning som kan ta hänsyn till S:s speciella inlärningssvårigheter, hans uppmärksamhetsstörning och hans samspelsvårigheter.

I samband med att det i slutet av tonårstiden blir aktuellt att diskutera om S. skall föras över till Vuxenhabiliteringen för fortsatta stödinsatser därifrån påbörjas en ytterligare utredning. Frågeställningen om att S. kanske även har en autismdiagnos har nu formulerats. Efter en ny utredning av flera inblandade yrkespersoner inom Vuxenhabiliteringen, bland andra en psykolog, en läkare och en kurator, konstaterar man vid en *teamkonferens* att S. uppfyller kriterierna för diagnosen Aspergers syndrom.

S. blir *antagen vid Vuxenhabiliteringen*. Vuxenhabiliteringen försöker, då S. just fyllt 20, att ”göra en nystart” genom att man kallar samman S. och hans föräldrar till ett *möte för att formulera en ny och aktuell habiliteringsplan*. Man uttrycker hur viktigt det är att man får veta vad S. *själv önskar hjälp med* och att en habiliteringsplan kommer att styra vad personalen vid Vuxenhabiliteringen kommer att göra för S. under det kommande året. Vuxenhabiliteringens kurator träffar S. och mamman tillsammans för att lämna dem en del allmän information, bland annat om samhällets lagstiftning LSS och om godmanskap. Kuratorn talar om vilket stöd en kurator kan ge och vilka vägar man behöver gå för att S. skall kunna få kontakter med personer som kan hjälpa honom vid steget att flytta hemifrån. S. önskar få inskrivet i habiliteringsplanen att han planerar att flytta hemifrån då han slutat skolan och att han vill ha hjälp vid flyttningen.

Föräldrarna oroar sig över hur S. skall kunna försörja sig. Habiliteringens läkare skriver ett intyg till Försäkringskassan om behovet S. har av att få sin försörjning tryggad genom en aktivitetsersättning. Föräldrarna framhåller att S. kommer att behöva mycket hjälp för att kunna klara av att bo i en egen lägenhet och för att kunna sköta den. De söker stöd för egen del av personalen inom Vuxenhabiliteringen kring hur de skall kunna bemöta S. i de konfliktsituationer som fortfarande uppstår mellan honom och hans familjemedlemmar. I habiliteringsplanen formuleras bland annat att en arbetsterapeut från Vuxenhabiliteringen får till uppgift att göra en kartläggning av hur S. klarar saker som han behöver kunna klara eller lära sig att klara vid ett vardagsfungerande efter flyttning hemifrån. Tanken är att den kartläggningen/utredningen skall följas upp med att arbetsterapeuten ihop med andra i teamet utformar olika metoder för att lära S. mer om vad man behöver lära sig för att klara olika saker som ingår i vuxenlivet. Det handlar om *inriktning mot hur S. kommer att kunna fungera i sin vardag*, i sin bostad och även om hur han kan bete sig i andra miljöer.

Vuxenhabiliteringen anordnar en gruppverksamhet, en studiecirkel för sina inskrivna patienter med S:s diagnos kring temat ”Flytta hemifrån”. S. erbjuds delta i en sådan gruppaktivitet. Den leds av en arbetsterapeut, en fritidsledare och en kurator. S. deltar med stort intresse i den. Han verkar glad över att få träffa ungdomar som har svårigheter som påminner om hans. S. var tidigare arg över att ha fått en diagnos. Men det tycks nu som att han börjar bli lite intresserad av vad det kan innebära att leva med den diagnosen och att S. uppfattar nu att det finns personer som gärna vill hjälpa honom.....

Uppgift att fundera över:

Tycker du att det finns något slags hjälp som S. verkar behöva men som han inte fått (hittills)? Vad slags hjälp saknas, i så fall?

Habiliteringen: Den övergripande inriktningen för teamets insatser

Några inriktningsmål i det direkt patientfokuserade arbetet

Här kommer jag inte att försöka beskriva användningen av enskilda yrkesgruppers metoder utan *jag försöker benämna vad Habiliteringen grundläggande och övergripande försöker att uppnå genom sina insatser. Ett viktigt mål med Habiliteringens insatser är att personer med funktionsnedsättningar skall bli och vara fullt delaktiga och jämlika i samhället utifrån sina personliga önskemål och sina förutsättningar.* Insatserna från Habiliteringens personal måste alltid utföras på patientens villkor, med hänsynstagande till patientens ålder, hjälpbehov och förutsättningar. Det är viktigt att yrkesinsatserna som erbjuds patienterna inte blir för krävande för dem.

Yrkespersonerna behöver samordna sina yrkesinsatser. Ofta får man välja att utföra någon eller ett par av dem i taget men inte för många samtidigt. Vilka insatser som utförs styrs av den aktuella habiliteringsplanen. Det är en motsägelse att den person som har störst behov av stöd och stimulering ofta har svårast för att medverka själv. Det ställer stora krav på inlevelseförmåga och fantasi hos omgivningen, personalen.

Ett viktigt mål med Habiliteringens insatser är att personen med en funktionsnedsättning utifrån sina förutsättningar skall få *stöd i sin personliga utveckling*, ofta i en mängd olika avseenden. Habiliteringen försöker *främja bästa möjliga funktionsförmåga hos patienten man arbetar för. Man främjar även såväl det fysiska som det psykiska välbefinnandet hos personen.*

Habiliteringen erbjuder sina patienter en öppen och ofta utåtriktad verksamhet. En viktig inriktning för Habiliteringen är således att *patienterna i olika åldrar skall få stöd i sina vardagsmiljöer.* Patientens ålder har stor betydelse för funktionsnedsättningens följd och för patientens upplevelser av att leva med ett funktionshinder. Vid sidan av att patienterna gör besök vid Habiliteringen samarbetar Habiliteringens personal med patienten i form av olika besök utanför Habiliteringens lokaler. Det handlar exempelvis om sådana yrkesinsatser som att *arbeta i och genom patientens närmiljöer*, ofta via stödjande insatser till personal som arbetar närmast kring patienten. *För barn* kan det vara viktigt att påverka miljöer som förskolan, skolan och olika former av strukturerade fritidsverksamheter. *För vuxna* personer kanske insatserna bör ges direkt vid den dagliga verksamheten eller i personens boende med stöd av personlig assistans eller i patientens särskilda boende på en gruppbostad. Habiliteringens personal försöker ofta att på ett flexibelt sätt anpassa sig till andra personalgruppers arbetstider och möjligheter att anordna konferenser och liknande

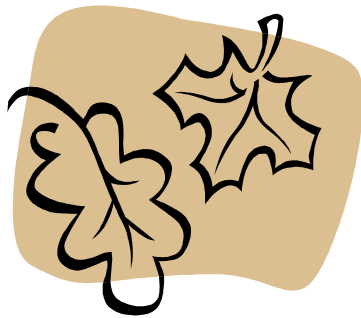
Stöd och åtgärder från Habiliteringen syftar allmänt till att följderna av en funktionsnedsättning minimeras. Yrkesinsatserna utförs på individnivå, gruppnivå och samhällsnivå. De innefattar att man försöker *se varje unik persons förutsättningar och möjligheter till utveckling.* Man måste också ta reda på vilken utveckling patienten önskar sig. Utvecklingen kan se olika ut vid olika tidpunkter. Man betonar hela tiden det positiva och tar till vara och bygger på de resurser personen har. Man lägger märke till de små framstegen och söker ständigt möjligheterna för patienten. Man främjar på alla tänkbara sätt personens egna drivkrafter och hennes eller hans kroppsliga och psykiska välbefinnande.

Vid habilitering är det mycket viktigt att *försöka se möjligheterna i första hand* och att inte fastna i svårigheterna utan att se möjligheterna att lyckas med olika saker. En känd föreläsare (Mikael Andersson) med en mycket omfattande funktionsnedsättning presenteras som "benlös, armlös och makalös men inte hopplös". Det är viktigt att även *ta hänsyn till alla de svårigheter en person har.* Men det är väl så viktigt att *försöka se och locka fram alla resurser och möjligheter personen har trots sina stora svårigheter.* Personalen måste ha en inriktning och en förmåga att kunna se utvecklingsmöjligheterna även då "mycket förefaller hopplöst"!

Inom Barn- och Ungdomshabiliteringen blir en viktig del av insatserna att hjälpa föräldrarna att stödja sitt barn eller sin tonåring. Det är viktigt att föräldrarna får kunskaper om funktionsnedsättningen och att man ställer rimliga krav på sitt barn eller sin tonåring. Stödet till föräldrarna kan även ges genom att Habiliteringen ger information, sprider kunskap till närstående och personal kring den unge med en funktionsnedsättning.

Den enskilda personen med en funktionsnedsättning skall kunna använda sig av sina förmågor så att personen uppnår *största möjliga självständighet och självbestämmande*. Patienten skall, som nämnts, ha ett stort inflytande och ett medbestämmande över de insatser Habiliteringen erbjuder och försöker att genomföra. Det är avgörande att man verkligen förmår lyssna på vad patienten själv önskar för hjälp. Man behöver ofta fokusera på det som är patientens huvudproblem just nu. *Utgångspunkten* måste alltid vara *patientens behov och patientens önskan om förändringar*. Patienten är delaktig på egna villkor i utformningen av sin egen habilitering. Det kan mycket väl vara så att Habiliteringens personal ser behov av förändringar, som den enskilda patienten inte är angelägen om. Ibland kan sådant förändras med tiden. Det kan inträffa genom att personalen inom Habiliteringen, gång på gång, visar på möjligheter för personen och skapar hopp om att förändringar är möjliga att uppnå för henne eller honom.

Det finns ett antal saker som man alltid måste eftersträva för att patienten inom Habiliteringen skall kunna uppleva att hon/han får en god hjälp:



Att var och en i teamet uppnår ett gott bemötande av personen med en (omfattande) funktionsnedsättning är en nödvändig grund för att andra fortsatta yrkesinsatser skall kunna utföras med god verkan

De personer med funktionsnedsättningar som är inskrivna inom Habiliteringen har rätt att få hjälp med att få sina hjälpbehov tillgodosedda. En viktig grund vid kontakterna med Habiliteringen är det bemötande var och en känner att man får. *Utgångspunkten inom Habiliteringen är att man försöker uppnå ett gott samspel och goda möten med patienterna och ett gott bemötande*. Bemötandet börjar med de första mötena med Habiliteringens persona. Bemötandet handlar därefter om det dagliga förhållningssättet gentemot patienter, anhöriga och medarbetare inom Habiliteringen. I bemötandet är personalgruppens värdegrund mycket viktig. Bemötandet kan innefatta att man i sitt yrke möter personer med annan kulturell, religiös eller språklig bakgrund. Detta ställer stora krav på personalen.

Man talar om *bemötande på tre olika nivåer*. Den *kollektiva nivån* uttrycks i politik och lagstiftning. Politiken och lagstiftningen tolkas på den *organisatoriska nivån*. På den nivån uttrycks exempelvis hur myndigheter och verksamheter uppfattar handikappolitiken och lagstiftningen. I *det individuella bemötandet* avspeglas det förhållningssätt som kommer till uttryck mellan den enskilda individen, exempelvis i Habiliteringens personalgrupper, och patienterna man möter inom Habiliteringen. *I denna skrift kommer jag här att framför allt att skriva om det individuella bemötandet*.

På ett sätt är förutsättningarna för mötena mellan yrkespersonerna och patienterna inom Habiliteringen kännetecknade av stor ojämlikhet och maktaspekter. Detta måste personalen kompensera på bästa sätt. Patienten har funktionsnedsättningar vilka kan medföra att hon eller han får särskilda svårigheter att uttrycka sig, att uppfatta vad som händer, att kunna förstå innebörden av samspelet, att kunna dra rätt

slutsatser etc. Det finns en mängd sådana tänkbara nedsättningar som personalen måste vara medveten om vid mötena för att dessa möten trots allt skall kunna bli just goda. Men patienten är ändå den som är ett slags expert på sig själv. Föräldrarna kan ses som experter på sitt barn och har ett vardagskunnande av dem. Habiliteringens personal måste visa att man vill ta del av och förstå det vardagskunnandet.

Varje patient är unik och man måste alltid ta hänsyn till patientens förutsättningar och ålder. Om man möter ett barn inom Habiliteringen kommer en stor del av bemötandet även att handla om hur man bemöter barnets föräldrar. I fortsättningen innefattar jag vid min beskrivning av bemötandet även de närstående och eventuellt andra företrädare till patienten. Barn i tonåren skall tillfrågas om personalen får hämta in uppgifter och samarbeta med närstående till patienten.

I de individuella mötena vill patienten bli bekräftad, lyssnad på och sedd på djupet av yrkespersonerna. Att man upplever att man får tid på sig, blir lyssnad på och tagen på allvar är troligen absolut grundläggande för att man skall kunna tycka att man blir hjälpt. Yrkespersonerna måste visa sig som djupt engagerade medmänniskor för att det skall vara möjligt att uppnå de goda mötena. Varje människa, varje patient har behov av att få vara den man är och bli sedd som den man är. Människor fungerar individuellt och inte som maskiner. Personalen måste ta vara på varje patients erfarenheter och värna om dessa erfarenheter. I bemötandet kommer en människokärlek till uttryck.

En persons uppfattning av sig själv grundas i stor utsträckning på vad han själv vill medan andra har lättare att dra slutsatser av personens beteenden. I det goda bemötandet visar personalen att *man tror på, ser och uppmuntrar personens möjligheter till en egen utveckling.* Den skall personalen stödja och uppmuntra på olika sätt. Varje patient får stöd i att förstå vem hon är och vad hon vill. Samtidigt måste man som yrkesperson ofta *stå ut med att möta smärta och sorg* – hos personen med funktionsnedsättning och hos närstående till den personen.

Det är oerhört viktigt hur den inledande kontakten med patienten etableras. *Speciellt vid kontaktens inledning finns det risk för en obalans mellan yrkespersonen och patienten.* Barnet har inte mognadsförutsättningar att helt på egen hand kunna formulera sina hjälpbehov och innebörden av sina svårigheter. Det är mycket viktigt hur barnet får möjligheter att medverka, delta i habiliteringsinsatserna även om personalen också ger sitt stöd via närstående till barnet. Barnet har rätt till en så långtgående delaktighet i habiliteringen som barnets förutsättningar medger. Även den vuxna patienten kan lätt känna sig i ett slags underläge då hon eller han knyter kontakt med Habiliteringens personal.

Yrkespersonen måste alltid ta hänsyn till patientens förmåga att kunna förstå och att uttrycka sina behov. Det kan vara avgörande att patienten kontinuerligt får träffa och lära känna samma yrkespersoner. Yrkespersonens uppgift är att skapa en *avspänd, trygg atmosfär* inom vilken patienten kan känna att hon eller han får tid på sig att förmedla sin uppfattning, sina behov och sina önskemål och att yrkespersonen möter dessa med ett stort intresse. Patientens *bemöts* hela tiden *som ett subjekt*, som den som vet, den som vill, den som väljer, den som skall ha makten över sin situation. *Det gäller att nå en kunskap om och en förståelse för patientens inre bilder och tankar.* Människor har väldigt mycket som de kan förmedla om sig själva om de bara får chansen till det. Patientens vill känna att man tror på henne eller honom. En relation kan aldrig skapas bara av tekniker utan det måste till känsla och engagemang. Personalen försöker empatiskt leva sig in i patienternas värld. *Patienten skall – oberoende av ålder och form av funktionsnedsättning – vara i fokus i varje möte, i varje dialog.*

Det goda bemötandet kan bland annat uppnås genom att yrkespersonen har kunskaper om *en god samtalsmetodik.* Samtalsmetodiken anpassas till den enskilda patientens förutsättningar. Samtalsstödet är ofta grundläggande vid ett gott bemötande. Det skall inte förväxlas med psykoterapi som är en systematisk behandling med psykologiska metoder, ofta samtal. De upprepade goda mötena kan som bäst utvecklas i ett ömsesidigt samspel till *förtroliga dialoger* i verkliga mellanmänniskliga möten. Mötena och de förtroliga dialogerna kan som bäst utvecklas till ett gott samarbete och till *bärande*

relationer (Dolfe, 2009). De bärande relationerna skall ha en kraft att bära även då patienterna möter motgångar och kanske besvikelser i rehabiliteringen.

Det är mycket viktigt att yrkespersonen inte styrs av sina egna värderingar, sina spontana tolkningar eller förutfattade uppfattningar utan att yrkespersonen verkligen *förutsättningslöst* försöker *lyssna på patientens berättelse*. Det är viktigt att yrkespersonen inte blir för snabbt inriktad mot att föreslå patienten praktiska lösningar utan stödjer patienten att finna lösningar i samverkan med personalen.

Det goda bemötandet måste alltid modifieras, individualiseras och ta hänsyn till den enskilda patientens ålder och funktionsnedsättning. Det goda bemötandet förutsätter att yrkespersonerna har en god självkännet. I mina tidigare böcker kan den intresserade läsaren lära sig mer om hur man uppnår det lämpliga bemötandet. Det finns en mängd kunskapsområden som personalen måste kunna behärska för att det goda bemötandet skall kunna uppnås (Dolfe, 2003). Det handlar om att alltid eftersträva att *bemöta människor så att de känner sig betydelsefulla, delaktiga, unika, speciella och förstådda på djupet*. Personalen måste bemöta patienterna på ett öppet, värdigt, lyhört, icke-värderande, icke-argumenterande sätt och med ett djupt och inlevelsefullt intresse. Det goda bemötandet är inget självändamål. Ett gott bemötande kan inte ersätta goda yrkeskunskaper. Men *det goda bemötandet är ofta en förutsättning för att de olika yrkesinsatserna inom Rehabiliteringen skall kunna få goda effekter*.

Då man arbetar för att uppnå det goda bemötandet handlar det om målet att *två världar skall förenas i ett gemensamt perspektiv*. Personalen får ta del av mycket material i patienternas liv. Personalen skall vara till för patienterna och inte tvärtom. Det är först när vi på djupet lyssnar på och förstår patienternas erfarenheter som verkliga relationer kan utvecklas. Det är grundläggande att man får kunskap om varje enskild patients speciella förutsättningar. Det gäller att höra och ta del av varje unika patients röst, tankar, åsikter och erfarenheter. Man försöker tillvarata patientens rättigheter i alla enskilda möten med Rehabiliteringens personal.

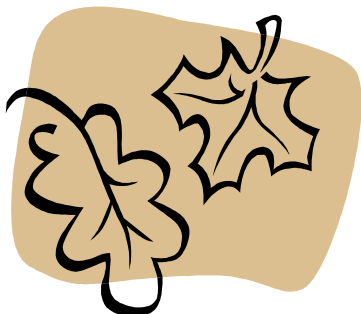
Det finns ett antal frågor som Rehabiliteringens personal alltid måste ha med sig i mötena med patienten och eventuella företrädare till patienten: Vilka förväntningar har patienten som kommer till Rehabiliteringen? Vad önskar hon eller han hjälp med? Vilka förändringar är patienten beredd och kompetent att försöka arbeta för? Personalen får försöka motivera och förklara betydelsen av olika insatser som är möjliga att erbjuda. Men det är alltid patienten själv som skall avgöra om hon eller han önskar få den erbjudna hjälpen. Utan att gott bemötande har man inte en god helhetssyn vid arbetet. Det goda bemötandet är en förutsättning för att man skall lyckas skapa ett gott samarbete med patienten och för att man hela tiden skall kunna ha patienten i fokus. Det goda bemötandet är en av de avgörande förutsättningarna för hur patienten upplever sig bli hjälpt över huvud taget inom Rehabiliteringen. Det goda bemötandet får inte bara bli honnörsord utan måste gälla i praktiken.



Uppgifter att fundera över:

Hur tror du att man kan göra mötet mellan personal och patienter/eventuellt deras föräldrar eller andra närstående till patienten mer jämlikt?

Hur upprätthåller man ett respektfullt bemötande mot patienter som inte alla kan kommunicera eller som kommunicerar på ett mycket annorlunda sätt?



Vad försöker man arbeta vidare med när man uppnått det goda bemötandet som en grund för det fortsatta arbetet inom Habiliteringen?

Jag försöker här ytterligare sammanfatta något av vad det kliniska arbetet inom Habiliteringen går ut på. Det är en beskrivning som avser både Barn- och Ungdomshabiliteringen respektive Vuxenhabiliteringen. Olika yrkespersoner använder sig av olika för yrkesgrupperna specifika metoder och har ofta egna mål för de direkta yrkesinsatserna. Men det finns *sådant som allmänt eftersträvas av de flesta som är yrkesverksamma inom Habiliteringen*. Det är vad jag försöker att beskriva här.

Insatsernas tyngdpunkt och utformning kommer bland annat att påverkas av patientens ålder och patientens förutsättningar i sin funktionsnedsättning. Sammantaget arbetar Habiliteringens personal *behandlande, stödjande, tränande, kompenserande och förebyggande med sina olika yrkesinsatser*. Habiliteringens personal försöker, som nämnts, minska effekterna av funktionsnedsättningen. Patienten får stöd och träning i att utveckla olika färdigheter som hon eller han har användning för i vardagslivet. Insatserna ges till patienten individuellt eller till patienten i grupp med andra patienter.

Den viktigaste grundinställningen inom Habiliteringen är att man hela tiden har *den enskilda patienten och patientens behov i fokus* vid alla yrkesinsatser. Tillfälliga bakslag i habiliteringen (eller i rehabiliteringen) kan vara lika naturliga som en långsiktigt positiv utveckling med framsteg efter hand hos patienten.

Att göra en utredning, att ställa en diagnos och att ge god information om diagnosen

Habiliteringens personal inleder ofta sina insatser med att göra *en bred, allsidig observation, en kartläggning, en utredning och en beskrivning* av patientens förutsättningar, patientens hjälpbehov och patientens önskemål om förändringar. Det gäller att bedöma och väga samman utredningens resultat med vilka faktiska möjligheter man har att ge den hjälp och att kunna uppnå de förändringar som patienten önskar. Utredning och behandling kan i praktiken ligga mycket nära varandra. Det som utreds är bland annat personens funktionsförmåga och vilka möjligheter till delaktighet och aktivitet personen har. Utredningen ligger till grund för fortsatta habiliterande insatser.

Man försöker inledningsvis ställa en diagnos på det som är grunden till personens funktionsnedsättning. Men ibland tar det lång tid att fastställa en exakt diagnos och olika stödinsatser måste ändå påbörjas. Fast diagnosen inte är klart fastställd (ännu) kan det ändå vara tydligt att personen tillhör Habiliteringens målgrupper. En patient kan behöva utredas flera gånger vid olika tillfällen. Ibland följer personalen upp speciella frågor genom att göra en ny utredning kring en mera avgränsad frågeställning.

Barnet med föräldrar och den vuxna patienten har rätt att få upprepad information om de olika behandlingsmöjligheter som kan erbjudas. Det är viktigt att Habiliteringens personal visar upp goda kunskaper, goda yrkeskompetenser och ger en *god information* till patienten med anhöriga och personal. Man beskriver funktionsnedsättningen och formulerar förklaringar *kring diagnosen och funktionsnedsättningen*. Diagnosen är en utgångspunkt, ett verktyg som man kan utgå ifrån vid den fortsatta habiliteringen. Men man måste komma ihåg att olika personer, patienter med samma diagnos

kan ha mycket olika svårigheter och olika förmågor att kunna leva med sina svårigheter trots en likartad diagnos.

Habiliteringens personal måste kunna ge en någorlunda samstämmig beskrivning av den enskilda personens svårigheter, av funktionsnedsättningen. Den bilden innebär att man på ett trovärdigt sätt kan förklara personens sätt att fungera och att man tillsammans med personen kan försöka arbeta fram metoder för personen att kunna klara av att fungera i alltfler vardagssituationer.

Att göra upp för att därefter följa och slutligen utvärdera en habiliteringsplan

Arbetet i habiliteringskonferensen har beskrivits ovan. Man gör, som beskrivits ovan, upp en *habiliteringsplan* tillsammans med patienten och eventuellt även ihop med dennes företrädare. Patienten är med och bestämmer målen för habiliteringen. Planen *styr* därefter de fortsatta *habiliteringsinsatserna som genomförs*. Patienten har därefter rätt till stor delaktighet i och god information om hur habiliteringsprocessen löper. *Planen skall följas upp och utvärderas* tillsammans med patienten och/eller dennes företrädare efter en tidsperiod av insatta yrkesåtgärder. Planen kan även innehålla insatser som erbjuds patientens närstående för att man på så sätt indirekt skall kunna stödja patienten. Eventuellt formuleras sedan en ny plan, som i sin tur styr de fortsatta yrkesinsatserna inom Habiliteringen.

Att eftersträva patientens delaktighet, aktivitet och förmåga att kommunicera

Inom Habiliteringen betonas patientens *tillgänglighet, aktivitet, delaktighet och självständighet* (autonomi) i olika avseenden. Ett mycket viktigt mål är, som upprepat betonats, att varje person utifrån sina förutsättningar får möjligheter att delta i vardagsaktiviteter. Patienten skall bemötas som en aktiv part. Delaktighet kan innebära att en person får göra saker själv och förväntas kunna göra dem själv. Men det kan i praktiken uppstå delaktighetsproblem. Bristande förmåga hos patienten att fungera självständigt anses vara ett starkt skäl för behov av insatser från Habiliteringen. *Att man främjar patientens kommunikationsmöjligheter kan påverka delaktigheten.*

Hur skall man i praktiken kunna göra patienterna så delaktiga som möjligt? Den *sociala delaktigheten* eller tillgängligheten innebär att en person skall få möjligheter att umgås med andra samt ha tillgång till ett vardagsliv med meningsfulla aktiviteter. Alla människor behöver få känna delaktighet och tillhörighet i ett eller flera sociala sammanhang. Den *psykologiska delaktigheten* eller tillgängligheten har betydelsen att vi som är omkring patienten eftersträvar att förstå henne. Vi behöver även göra det möjligt för personen med omfattande funktionshinder att uppfatta vad som händer i samhället. Med den *organisatoriska delaktigheten/tillgängligheten* menas rätten för alla i samhället att ha tillgång till information och service. Målet med delaktighet innefattar även att personalen arbetar för att personen med en funktionsnedsättning får ökade möjligheter att delta på olika sätt i samhällslivet. *Delaktighet i de direkta habiliteringsinsatserna är framför allt patienten har ett stort, verkligt inflytande för den habilitering som planeras, därefter genomförs och hur den genomförs. Att man utvärderar habiliteringsplanen ihop med patienten med jämna mellanrum är en form av inflytande och delaktighet för patienten.*

Att stödja och uppmuntra personen/patienten i vardagslivet

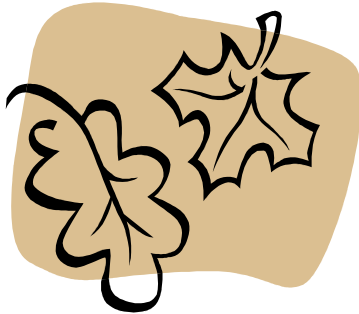
Inom Barn- och Ungdomshabiliteringen är det oerhört viktigt att försöka främja barnets, patientens utveckling i stort. I detta arbete behöver man ofta försöka påverka olika miljöer som barnet vistas i. För vuxna personer är det oftast väsentligt att personalen försöker främja den personliga och sociala utvecklingen i mera begränsade avseenden. Hjälpen för vuxna blir oftast inriktad mot vardagslivet och om personen med funktionsnedsättning tycker sig kunna leva ett bra vardagsliv. Kan man kartlägga vad som hindrar patienten i vardagslivet? Habiliteringsinsatserna är efter kartläggningen inriktade mot att stödja, klargöra, förtydliga, stärka självförtroende hos och *hjälpa patienten att kunna fungera väl i vardagslivet*. Det handlar om *råd och stöd, ett begrepp som myntats i LSS-lagen*. Insatserna i

vardagslivet kan vara av många olika slag. Det handlar ofta om att försöka *finna lösningar som passar just den enskilde*.

Människor har stora sociala behov. Det är viktigt för var och en att inte bli isolerad. Det är viktigt för var och en att känna att man har meningsfulla uppgifter, en social tillhörighet och att man får utföra regelbundna aktiviteter med de förmågor man har. *Inom Barnhabiliteringen inriktar man sig mot hur barnet har det i hemmet, i förskolan respektive skolan, i fritidsaktiviteter av olika slag och i samspel med kamrater. Inom Vuxenhabiliteringen arbetar personalen ofta med frågor kring boende, sysselsättning, utbildning, arbete, fritidsaktiviteter och andra viktiga delar i vuxenlivet.*

Att ge krisinriktad hjälp och att främja patientens personliga och sociala utveckling

Som nämnts kan nyblivna föräldrar hamna i kris då de fått ett barn med funktionsnedsättning. All personal behöver känna till krisreaktioner och grundläggande krisbemötande. Att bearbeta djupare personlig problematik är en yrkesspecifik uppgift för psykologer och kuratorer. Men alla inom Habiliteringen bidrar till att främja patientens personliga och sociala utveckling i en mängd olika avseenden. Vid habilitering försöker man hela tiden *stödja och stimulera utvecklingen hos den enskilda unika patienten*. Det handlar om att *locka fram och utveckla personens egen förmåga*.



Stöd, behandling (inklusive träning), vård, rådgivning, hjälpmedelsutprovning och lotsning

I vissa fall erbjuder Habiliteringen *stöd, behandling eller vård av olika slag* för ett flertal mycket viktiga funktioner. Ibland behöver Habiliteringen *remittera patienten till en annan vårdaktör så att patienten får hjälp av annat slag än den som kan erbjudas inom Habiliteringen*.

Arbetet går ofta ut på att patienten får *stimulera och träna upp vissa funktioner*. För barn kan träningen ofta ske i lekens form. Träningen genomförs ofta med hjälp av andra personer kring patienten. De personerna har blivit instruerade av Habiliteringens personal. *Utprovning av hjälpmedel* av många olika slag är ett annat viktigt arbetsområde inom Habiliteringen för patienter i alla åldrar.

Vid Habiliteringen arbetar man även med *rådgivning*. Man försöker ofta genom rådgivning bidra till mer kunskap hos patienten och i dennes omgivning. I omgivningen handlar det om anhöriga eller om yrkespersoner. Personalen skall alltid uttrycka sig på ett för patienten lättbegripligt språk. Kommunikationen och information skall anpassas till den enskildes förutsättningar. Vid patientens besök lyssnar personalen väl på patienten. Personalen lär ut, upprepar, skriver ner, sammanfattar och finns med vid patientens sida. De yrkesmässiga dialogerna behöver utformas så att de ge var och en, varje patient, bästa möjligheter till *lärande*.

De habiliterande insatserna handlar oftast om att *lotsa en person med en funktionsnedsättning igenom olika situationer* snarare än att komma med färdiga lösningar för henne eller honom. Sådana situationer, i vilka patienten behöver lotsning, inträffar för många patienter gång på gång. Personalen vägleder, ger ibland direkta förslag och lär personen med en funktionsnedsättning vissa metoder eller strategier som personen kan använda sig av för att överbrygga, ta sig igenom svårigheter i sitt vardagsliv. Personalen behöver söka rimliga förklaringar till patientens svårigheter i olika situationer och personalen ger stöd åt patientens fungerande utifrån de starka, mest välfungerande sidorna hon

eller han har. Ibland går arbetet ut på att reda ut missförstånd och oklarheter som patienten brottas med.

Att *man arbetar i ett kompenserande syfte* innebär att man försöker hjälpa patienten finna vägar runt sin funktionsnedsättning. Man försöker tillsammans med patienten utveckla och finna metoder som gör det möjligt för personen att fungera väl trots att själva funktionsnedsättningen kanske inte går att påverka. Man söker efter ”kompensatoriska strategier” både för barn och för vuxna patienter.

Omvårdnad

Tidigare kallades ofta de stödinsatser som personer med utvecklingsstörning fick av kommunens personal för ”omsorg”. Nu när insatserna ges av landstingspersonal har begreppet omvårdnad blivit vanligare även inom habilitering. Omvårdnad är ett mera medicinskt begrepp och uttrycker inte riktigt samma sak som omsorg. På liknande sätt har många råd- och stödinsatser, som tidigare gavs enligt LSS, numera omvandlats till behandlingsinsatser som utförs enligt HSL.

Begreppet omvårdnad används i Sverige synonymt med vårdvetenskap. Vårdvetenskap kan i detta sammanhang innefatta hur personen med en funktionsnedsättning upplever det är att leva med en funktionsnedsättning. Vid omvårdnad stödjer och hjälper man på en mångfald olika sätt en person att *utföra sådana vardagliga handlingar som främjar personens hälsa och oberoende och som motverkar uppkomsten av ohälsa*. Det utförs inom Habiliteringens verksamhet en mängd aktiviteter som kan beskrivas som omvårdnad.

Att förebygga och motverka fysisk försämring och försämring i psykisk ohälsa hos patienten

Habiliteringen skall om möjligt även försöka *förebygga och motverka en försämring* hos personen med en funktionsnedsättning. Det kan vara så att vissa funktioner riskerar att försämrans. Men det kan även gälla att förebygga försämrings i den allmänna hälsan. Habiliteringens personal skall särskilt motverka till att förebygga psykisk ohälsa hos de målgrupper som är inskrivna vid Habiliteringen. Man försöker motverka att patientens funktionsnedsättning leder till ett stort funktionshinder, ett stort ”handikapp”.

Att hjälpa patienten att ta makten över sin vardag (”empowerment) och att stödja patienten i att bemästra vardagstillvaron (”coping”)

En viktig del i att få möjligheter att växa som människa är att i allt större utsträckning kunna *ta makten över sitt liv*. Detta brukar kallas för ”empowerment”. Det innebär att kunna och få bestämma i sin vardag och att även få säga nej till den hjälp man inte vill ha! Personen med en funktionsnedsättning får stöd i att vara aktiv i sitt eget liv. Det innefattar ett stort egenansvar. En del människor behöver mycket omfattande stöd för att kunna uppnå goda livsvillkor men det stödet får inte bli överbeskydd. Även den person som växer upp i ett starkt beroende av hjälp från andra människor behöver få möjligheter att utveckla största möjliga självständighet och ett liv som personen själv upplever som meningsfullt.

Mycket av habiliteringshjälpen är, som nämnts flera gånger, inriktat mot vardagens problem. En sammanfattande beteckning för sådant stöd är ”*coping*”. Coping syftar till att man hjälper patienten lära sig och träna sig i olika metoder för att kunna *möta och hantera hinder och svårigheter i olika vardagssituationer*. Det handlar om att kunna hantera eller bemästra olika svårigheter som ofta uppstår regelbundet för patienten. Att patienten lär sig olika copingmetoder kompletteras med att personalen *anpassar miljön* och genomför miljöförändringar kring patienten för att underlätta personens samspel med sin miljö. En stor del av habiliteringsarbetet består i att *försöka uppnå praktiska och även personliga förändringar*. Det kan gälla både förändringar i patientens närmiljö, vardagsmiljö och personliga, psykologiska förändringar hos individen/patienten. Det kan handla om förändringar som ser små ut för omvärlden men som är mycket betydelsefulla för patienten.

Motivationsarbete

Patientens egna förmågor och villighet att kämpa för förändringar är ofta grundläggande för vad man kan uppnå vid rehabiliteringsstödet. Det arbete som är inriktat mot att locka patienten att anstränga sig så väl som hon eller han kan brukar kallas för *motivationsarbete*, vilket således är en mycket viktig del av rehabiliteringen (Dolfe, 2007). Motivationsarbetet påverkar i stort sett alla andra yrkesinsatser. Det är kanske allra viktigast för patienter som är ungdomar eller vuxna och som får direkt stöd själva.

Att främja patientens samspel med andra människor

Många patienter, egentligen i nästan alla åldrar, behöver erbjudas möjligheter *att träffa andra personer med liknande svårigheter och erfarenheter*. Sådana träffar kan bidra till att patienten tar till sig innebörden av sin egen funktionsnedsättning. Patienten kan även känna en gemenskap med likasinnade och finna positiva möjligheter i livet utifrån de kanske likartade förutsättningar och svårigheter man lever med.



Att bidra till att patienten får kunskap om och kan acceptera sin funktionsnedsättning

Det är viktigt att patienten med en funktionsnedsättning får *hjälp att lära känna sig själv och sina förutsättningar i funktionsnedsättningen*. Det är allmänt viktigt för varje person med funktionsnedsättning att *bli kunnig i innebörden av den egna funktionsnedsättningen och det egna funktionshindret*. Varje person med ett mer omfattande funktionshinder behöver lära sig om innebörden av den diagnos man fått. Hon eller han behöver även lära sig mycket om följderna av funktionsnedsättningen. Patienten behöver lära sig vad hon eller han klarar av och kan göra på egen hand. Men patienten behöver även lära sig vad hon eller han bör undvika och vad hon eller han kan behöva få särskild hjälp med från andra människor, som ofta är personal hos personen.

Ett viktigt och närliggande mål är att personen med en funktionsnedsättning skall få stöd i att *lära sig att kunna leva och fungera på bästa sätt med sin funktionsnedsättning* så att den blir ett så litet hinder som möjligt i vardagen. Den som får en nyanserad kunskap om sin funktionsnedsättning kan ibland även behöva särskild och oftast långvarig psykologisk hjälp för att kunna acceptera och leva på bästa sätt med sitt funktionshinder. Att man *accepterar sin funktionsnedsättning* innebär att man inte fastnar i bitterhet eller sorg. Snarare lever man då med sin kunskap om sin funktionsnedsättning det liv som är möjligt. Man vågar se och stå ut med verkligheten utan att fly den eller förvränga den. Man försöker uttrycka sina behov och gör det som är möjligt trots svårigheterna som funktionsnedsättningen för med sig. Om patientens kunskap om sin funktionsnedsättning är riktigt god kan patienten på egen hand eller tillsammans med sin stödpersonal förbereda sig och förebygga situationer i vardagslivet så att personen klarar av dem väl genom att hon eller han kan ta hänsyn till sina förutsättningar. Ibland behöver personalen inrikta sig mot *att förändra, anpassa miljön kring patienten*.

Att förmedla kunskaper till och påverka attityder hos omgivningen

För att patientens funktionsnedsättning skall få så små följder som möjligt är det viktigt att patienten möts av en förstående och kunnig omgivning, i vilken man har realistiska förväntningar på patienten. Inom Rehabiliteringen försöker man därför bidra till att personer i patientens närmaste omgivning *förmedlas goda kunskaper* om funktionsnedsättningar i allmänhet och om den anhöriges/patientens

förutsättningar i synnerhet. Habiliteringen försöker ibland även *påverka de anhörigas attityder* mot patienten. Även yrkespersoner utanför Habiliteringen behöver få omfattande kunskaper för att kunna ha realistiska förväntningar på patienten och för att kunna bemöta patienten på ett sätt som är henne eller hon till hjälp. Det handlar om behov av information och annan kunskap kring patientens funktionsnedsättning och vad den kan leda till i patientens tillvaro. Ytterst är det även viktigt att samhällets kunskaper och attityder mot personer med funktionsnedsättningar förbättras. Men Habiliteringens personalgrupper har vanligen inte ett direkt särskilt politiskt beställt uppdrag att verka för det. Ibland behöver Habiliteringen anordna direkt utbildning eller erbjuda konsultation eller handledning, ofta för den personal som personen med en funktionsnedsättning är mycket beroende av i sitt vardagsliv.

Att ge anhöriga/närstående stöd

Man ger ofta även ett allmänt *stöd åt anhöriga – främst föräldrar och syskon – och andra viktiga personer i patientens nätverk*. De kan tillsammans kallas för närstående. Syftet med att ge närstående stöd och hjälp är att Habiliteringen genom att ge ett sådant stöd indirekt hjälper den patient som de anhöriga står nära och tar ansvar för. Inom Barn- och Ungdomshabiliteringens verksamhet är föräldrastödet oftast grundläggande för att man skall kunna hjälpa barnet.

Anhöriga behöver ofta stöd för att orka med sina livssituationer ihop med den vuxna person som får stöd inom Habiliteringen. Anhöriga lever ibland i livssituationer som de upplever som närmast outhärdliga. De anhöriga behöver även samvaro med annat innehåll än direkt fokusering mot patientens problematik. Ibland medverkar Habiliteringens personal i att anordna anhörigträffar. Anhöriga som har problem av annat slag än det som väcks upp av patienten uppmanas söka hjälp av annan personal än Habiliteringens eftersom sådana problem inte innefattas i Habiliteringens behandlingsuppdrag.

Att anordna nätverksträffar

Ensam är inte stark och sociala nätverk är viktiga för alla människor. Ett *nätverk* omkring en patient består av både privatpersoner och yrkespersoner. Ibland kartlägger Habiliteringens personal patientens nätverk ihop med patienten. Därefter bjuder man in till en direkt nätverksträff. Syftet med att kalla samman nätverket är att bidra till att patienten möter stöd och förståelse från flera viktiga personer i sin närhet. Om man direkt försöker att påverka, förändra och dra nytta systematiskt av nätverkets stödmöjligheter används ibland begreppet *nätverksarbete*.

Att lämna samhällsinformation och informera om lagliga rättigheter

Den som får en omfattande funktionsnedsättning kommer gång på gång att vara beroende av bestämmelser, intygsskrivning, lagstiftning och av hur myndigheter fungerar i samhället. Patienten och patientens närstående kan behöva få juridisk information och patienten kan behöva hjälp med att ansöka om insatser av olika slag. För barn med funktionsnedsättningar är det i stor utsträckning föräldrarna som behöver få samhällsinformation.



Uppgift att fundera över för dig som arbetar inom Habiliteringen:

Finns det något område som du själv tycker att du saknar i ovanstående allmänna beskrivning över vad de direkt patientfokuserade habiliteringsinsatserna är inriktade mot? Vad, i så fall?

Samverkan och avgränsning, inom Habiliteringen och utåt

Samverkan med patienten, patientens anhöriga och andra närstående samt kunskapsförmedling utåt

Habiliteringens uppgifter kring samverkan är så omfattande och så grundläggande att jag skriver ett särskilt avsnitt om dem. Kravet på en långtgående *samverkan med patienten och ofta med dennes anhöriga* har redan benämnts. Det är viktigt att samverka på ett inbjudande sätt utifrån positiva utgångspunkter.

Låt oss börja med att definiera några begrepp: Vid *samverkan* behåller olika organisationer sin utformning och sina ursprungliga mål. Vid samverkan har alla inblandade parter ett gemensamt ansvar. Samverkan utvecklas ofta bäst då deltagarna från olika organisationer upplever sig ha en jämbördig ställning. Vid god samverkan måste man även vara beredd att göra uppoffringar.

Då man *samordnar* verksamheter utformar man gemensamma regler och mål och man använder sig av resurser tillsammans och anordnar verksamheter tillsammans. *Samarbete* innebär att man bedriver ett arbete gemensamt (kring gemensamma patienter). Det samarbetet kan påverka normer och värderingar i de inblandade organisationerna. *Samarbete eller samverkan* är ett gemensamt handlande, ett arbete som bedrivs av två eller flera tillsammans, ett arbete som utförs med ett bestämt syfte. Vid Habiliteringens samverkan handlar det om att personal från olika organisationer tillsammans försöker utföra saker som är till hjälp för den gemensamma patienten. Samverkan syftar ofta till att verksamheter på bästa sätt skall kunna utnyttja varandras kunskaper. De sammantagna resurserna skall användas på bästa sätt. Man har till uppgift att bygga upp gemensamma rutiner som skall leda till att personen med en funktionsnedsättning får bästa tänkbara hjälp. Det är patienten själv som avgör om hjälpen upplevs på det sättet.

Vid *samsyn* eftersträvar man direkt att skapa gemensamma uppfattningar, etiska förhållningssätt och attityder. Man kan införa en *samstruktur*, som ger strukturella förutsättningar för samarbetet, exempelvis genom att man inför en gemensam lagreglering, en gemensam budget och en gemensam organisation för olika verksamheter.

För Habiliteringen är det ett mycket viktigt uppdrag att samverka med personer och organisationer som är engagerade kring personen/patienten med en funktionsnedsättning. Det finns en viss lagstadgad vårdplanering, som till en del handlar om betalningsansvaret för medicinska insatser. Men i den vårdplaneringen är det ännu inte obligatoriskt att Habiliteringens insatser ingår.

Samverkan handlar bland annat om att samverka med personer i patientens nätverk. Det gäller då bland annat anhöriga och andra närstående men även i stor utsträckning olika personalgrupper som stödjer patienten i vardagslivet, exempelvis personliga assistenter och boendestödjare.

Habiliteringen skall eftersträva att vara inbjudande mot patientens anhöriga. Stöd till patientens anhöriga, närstående och andra än släktingar kan öka de närståendes möjligheter att kunna förstå och att orka stödja personen med en funktionsnedsättning. Det är bra för patienten med en funktionsnedsättning om de anhöriga förstår personens svårigheter och vet hur de skall kunna möta henne eller honom på ett rimligt och realistiskt sätt. För att orka ge stöd är det även viktigt att de anhöriga får egen stimulans och påfyllnad genom att de uppmanas göra annat än att hela tiden bara tjäna som ett stöd för personen som har en (kanske mycket omfattande) funktionsnedsättning. Men de vuxna patienter som är inskrivna vid Vuxenhabiliteringen har rätt att säga nej till sina anhörigas insyn och inflytande över hur rehabiliteringen genomförs. Detsamma gäller i stor utsträckning för tonåringar inskrivna inom Barn- och Ungdomshabiliteringens verksamhet.

Habiliteringen har, som nämnts i föregående avsnitt, ibland till uppgift att *förmedla kunskaper* till patienten, till anhöriga och till andra personer i patientens nätverk. Habiliteringens personal får ofta till uppgift att *ge information* om en persons funktionsnedsättning. För detta krävs ofta personens eller företrädarens medgivande. Nära samverkan ligger att *delge information utåt, att bjuda på kunskap på olika sätt*. Detta görs bland annat genom *utbildning* eller genom *konsultation och handledning* av olika personalgrupper som arbetar nära kring och för personen med en funktionsnedsättning.



Samverkan med handikapporganisationer, myndigheter och organisationer och personer som utför olika slags vård

Uppdraget att samverka med andra organisationer ses som mycket viktig inom Habiliteringen. Habiliteringens samverkan gäller i första hand olika organisationer inriktade mot vård, rehabilitering, behandling liksom olika myndigheter. Det handlar exempelvis om verksamheter i primärkommun, i primärvården, i länssjukvården och om samverkan med Socialtjänsten och Försäkringskassan. Det ses som särskilt viktigt att Habiliteringen samverkar med olika patient- eller brukarorganisationer. HSO:s påverkan av Habiliteringens insatser har nämnts ovan.

Habiliteringen möter ofta föreställningen, en förväntan som innebär att de organisationer man samarbetar med tycker att Habiliteringen skall ta över all slags hjälp för de personer som är berättigade till inskrivning vid Habiliteringen. Men så är det inte tänkt och politiskt beslutat. *Habiliteringens verksamhet* kan ses som *ett komplement och ett skyddsnät* för vissa utsatta grupper. Men alla människor i samhället har samma rättigheter av olika slag, exempelvis att vid behov få tillgång till en god hälso- och sjukvård och att få stöd av den egna kommunens personal.

Vid en god samverkan med myndigheter och organisationer skall man *utgå från vad som är bäst för den unika patienten under hela vårdkedjan*, inte vad som är bäst för varje enskild organisation som erbjuder vård. Har man inte det som utgångspunkt spelar det ingen roll hur väl man lyckas beskriva samverkansprocessen och dess olika delar. *Det krävs att man har en helhetssyn för att man hela tiden skall kunna behålla fokus på vad som är bäst för patienten.*

Ibland använder man sig av en *samordnare*. Detta är en särskilt utsedd person, som har till uppgift att vara företrädare för den enskilda patienten när hon eller han behöver få hjälpinsatser från flera organisationer. Samordnaren kan lotsa patienten till olika verksamheter utifrån patientens vårdbehov. I vissa fall kan personen även vara ett slags företrädare för patienten. Men att man utser en samordnare kan inte lösa en brist på samverkan mellan organisationer. Det är vanligt att medarbetarna inom Habiliteringen blir ett slags talesmän för Habiliteringens patienter gentemot andra yrkespersoner, organisationer och myndigheter utanför Habiliteringen. Habiliteringen tjänar på många sätt som en

neutral part som samtidigt skall verka just för att patienter inom vissa målgrupper får ett så gott stöd som möjligt att kunna fungera i sina vardagsliv.

Ekonomi och lagar påverkar samverkan och samverkansmöjligheterna. Ibland anses samverkan som olönsam, framför allt om de samverkande organisationerna är inriktade mot hög produktivitet sådan den värderas kvantitativt. Inom Habiliteringen diskuteras exempelvis ofta hur stor andel av arbetstiden som bör ägnas åt de direkta kontakterna med patienterna och hur stor del av arbetstiden som bör riktas mot annat. I detta sammanhang diskuteras ofta hur stor del av arbetstiden som rimligen kan ägnas åt samordning av insatser inom Habiliteringen och samverkan med personalgrupper utanför Habiliteringen. Det tar tid att samverka och anser inte organisationerna att det är viktigt att avsätta *tillräckligt med tid* för samverkan kommer organisationernas representanter inte heller att delta regelbundet i samverkan.

För att samarbetet skall kunna fungera väl måste samverkan ske med *god kontinuitet*. I varje organisation behöver man kunna se en nytta med att *avsätta tid för en systematisk samverkan*. Det viktiga i samverkan får inte bli att organisationer framför allt avgränsar sitt ansvar, sina arbetsuppgifter och att man framför allt försöker lotsa över patienter ”till någon annan”. Den som deltar i arbete kring samverkan måste veta *vilket mandat man* har att uttala sig för den organisation man tillhör och *vilket ansvar man* har för att återkoppla olika frågor till den organisationen.

Det är mycket viktigt att man i en viss samverkanssituation inte bara uttrycker att man inte tar emot patienten utan att man föreslår hur patientens behov kan mötas. Det är viktigt att man fastställer *vem som har och tar ansvar för vad och hur*. Vid samverkan behöver man även klargöra vad som händer om man inte följer de överenskommelser som formulerats!

Arbetet med *organisatoriska vårdprogram (OVP)* påminner om sjukvårdens försök att bygga upp vårdkedjor (eller vårdnätverk) *kring bestämda patientgrupper eller diagnoser*. Det handlar om att man utifrån olika organisationer har till uppgift att möta patienter i situationer i vilka det *parallellt pågår insatser från många aktörer*. Om det är vårdprogram för habilitering handlar insatserna om habilitering och rehabilitering för en bestämd målgrupp inom ett visst geografiskt avgränsat område. Vårdprogrammet blir ett verktyg för hur man gör i praktisk samverkan kring den enskilda patienten då olika organisationer erbjuder (ibland samtidigt och) långvariga insatser för patienten.

Det är bland annat viktigt att kartlägga så kallade *gränssnitt*. Man kan även använda uttryck som kontaktytor, gränsländ eller gränsfrågor. Man behöver utarbeta hur man kan samarbeta inom dessa gränssnitt med gränsdragningsfrågorna som aktualiseras. Gränssnitt är *samarbetsområden* som är *gemensamma för flera organisationer* och som avser samarbetet kring *hur man skall kunna hjälpa vissa definierade patienter eller patientgrupper*. Man använder talesättet att det är viktigt ”att bygga hängrännen mellan stuprören”. Man försöker beskriva vad som händer patienten när man i organisationerna passerar olika ansvarsområden. Det är viktigt att fastställa när en ny organisation skall kopplas in.

För att kunna samverka med andra behöver man ha en god kunskap om den egna verksamheten liksom om dem man samverkar med. Habiliteringens personal måste för att kunna samarbeta med andra ha goda kunskaper om vilket stöd och vilken personer med funktionsnedsättningar kan få från andra personer, organisationer och myndigheter i samhället. Man behöver ha kunskap om deras organisation, deras kompetens och deras sätt att se på olika frågor och hur de arbetar med olika frågor. Man benämner detta som att man behöver ha en ”*kulturkompetens*” om andra verksamhetsområden. Arbetet med organisatoriska vårdprogram aktualiserar även etiska frågeställningar.

Man behöver dessutom som anställda inom olika organisationer visa yrkespersonerna som är anställda inom andra organisationer en *yrkesmässig respekt*. Dessutom måste man ha en *tilltro till att varje organisation löser sina arbetsproblem så bra man någonsin kan*.

Kunnandet kring patienter med omfattande funktionsnedsättningar är ofta specialiserat. Det är viktigt för de personer och organisationer som stödjer patienten *att försöka få en enhetlig, gemensam, samstämmig bild av den enskilda patientens förutsättningar och hjälpbehov*. De yrkespersoner inom Habiliteringen som känner patienterna inom Habiliteringen väl behöver ofta föra över sina kunskaper till yrkespersoner inom andra organisationer för att patienten med en omfattande funktionsnedsättning skall kunna få en god hjälp.

Insatser för personer, patienter som är antagna inom Habiliteringen är ofta mycket tidskrävande, vilken organisation som än utför insatserna. Patienterna det handlar om har ofta flera diagnoser och omfattande hjälpbehov. Diagnosen säger en del om vilken hjälp patienten behöver men diagnosen säger absolut inte allt om den enskilda patientens behov och problematik. Det är ofta svårare att identifiera hjälpbehoven hos den person som har flera diagnoser. Det är, som nämnts, dessutom vanligt att personen med en omfattande funktionsnedsättning har svårt för att själv med tydlighet redogöra för sina problem och sina hjälpbehov. Därför är betydelsen av en god samverkan mellan olika organisationer utomordentligt viktig kring dessa patienter.

För att man skall kunna bli överens vid samverkan måste olika organisationers representanter verkligen lyssna på varandra. Att man lyssnar innebär inte alltid att man håller med om det som sägs. Det gäller att hitta vägar att bli överens och att skapa en hållbar kommunikation, inte bara en kortsiktig lösning som bara håller på pappret eller fungerar under en kort period. De samverkande behöver fråga sig *hur helheten* i de planerade hjälpinsatserna skall kunna uppnås. Detta är särskilt viktigt när man är oense och har olika uppfattningar om delarna. Det gäller att skapa en långsiktigt hållbar kommunikation med fortsatta goda dialoger och öppna diskussioner. Det är viktigt att inte fastna i vem som har mest rätt. Man behöver på organisationsnivå söka efter lösningar som är hållbara för alla berörda.



Uppgifter att fundera över:

Kan du ange några saker som du upplevt är kännetecknande för ett gott samarbete mellan olika organisationer?

Kan du nämna några saker som du av egna erfarenheter vet kan försvåra ett gott samarbete mellan olika organisationer?



Habilitering och livskvalitet

Att arbeta för att människor med funktionsnedsättningar får en god livskvalitet är en annat mycket central arbetsuppgift för Habiliteringen. Personer med funktionsnedsättningar har liksom andra människor rätten att leva bra liv. De skall få möjligheter att leva sina liv med god livskvalitet. En omfattande funktionsnedsättning får stora följder och kan medföra att personen med funktionsnedsättningen får mycket stora hjälpbehov. Men personen kan mycket väl ha en god livskvalitet. Det är en mycket hög ambitionsnivå man har inom Habiliteringen då man arbetar i ett långsiktigt perspektiv, ibland ett livsperspektiv, för att bidra till att människors livskvalitet ökar.

Begreppet livskvalitet

Habiliteringen och Habiliteringens personal tar livet på allvar. De flesta människor vill leva ett långt och meningsfullt liv. Lång förväntad livslängd i ett visst land har ett positivt samband med livskvalitet. Begreppet livskvalitet handlar om något annat än det materiella. Många människor i vårt samhälle tror att om vi bara kan upprätthålla konsumtionen kan vi också se till att välfärd och lycka tilltar. Att äga och konsumera har blivit viktigt för många människor. Vi byter ut det vi tröttnar på i vårt samhälle i vår tid. Vi lever med en ekonomi där väldigt många har råd med mer än vi egentligen behöver för att tillfredsställa de grundläggande behoven. Men konsumtion och negativ påverkan av miljön medför inte direkt en god livskvalitet. Det viktigaste i tillvaron handlar ofta om sådant som kärlek, gemenskap, solidaritet, att vara med i olika sammanhang och ha ett levnadssätt i harmoni med naturen.

Livskvalitet handlar om ifall en person själv upplever sig leva ett meningsfullt liv med ett gott innehåll och om personen är nöjd med sitt liv. Livskvalitet ligger nära livsstil liksom livsvillkor. Livskvalitet kan hänga samman med i vilken utsträckning en person kan fungera självständigt. Känslan av att leva ett meningsfullt liv hänger bland annat samman med om vi kan göra val som stämmer med våra förutsättningar. Att personer har en god livskvalitet innebär att de själva tycker sig ha och leva bra liv.

I detta sammanhang är KASAM-begreppet belysande (Dolfe, 2009). Den som *upplever en mening och ett sammanhang i sin tillvaro* har större möjligheter att må psykiskt väl och att tycka sig leva ett gott liv. Människor har behov av att kunna *begripa och* sina liv, att kunna *hantera olika situationer*, på egen hand eller med stöd av andra. De flesta människor har även behov av att i viss utsträckning *kunna ana, förutsäga vad som kommer att hända härnäst*. Människor önskar ha inflytande över sina egna vardagsliv samt delaktighet och tillgänglighet till samhället i olika avseenden. Synen på livskvalitet kan förändras med tiden hos en person, exempelvis som en följd av att personen blir äldre och värderar olika saker i tillvaron på ett annorlunda sätt som följd av åldrandet. *Livskvalitet är ett sammantaget mått på hur personen sammantaget upplever sin tillvaro med dess olika avseenden.*

Åtgärderna som erbjuds av Habiliteringens personal är, som nämnts, ofta inriktade mot personens vardagsliv. Habiliteringens personal har som viktig uppgift att leva sig in i patientens livssituation. Vardagslivet handlar om såväl det enkla som det sammansatta. Det är många gånger avgörande för om hjälpen är god att man kan *möta patientens vardagsfrågor* och eftersträva dialoger kring hur patienten ser på vardagslivet liksom på livet i stort. *Hur vardagslivet fungerar har mycket stor betydelse för en persons livskvalitet.*

Om personen med en funktionsnedsättning är ett barn eller en tonåring behöver stödet riktas mot såväl den personen som hela familjen kring henne eller honom. Handlar det om en vuxen person ges stödet ofta mer individuellt. Att en person är *delaktig* på olika sätt är en grundförutsättning för att en person skall kunna vara *självbestämmande*. Självbestämmande och *goda levnadsvanor* är ofta nära förknippat med att man upplever sig ha en god livskvalitet. *Inom Habiliteringen kan patientens svårigheter som bristande förmåga att uttrycka sina behov, patientens kommunikation i stort, personalens bemötande och personalens tolkningsförmågor av patientens önskingar och behov liksom utformningen av miljön ha en avgörande betydelse för om personalens yrkesinsatser främjar patientens livskvalitet.*



Livskvalitet och behovstillfredsställelse

Då man arbetar för livskvalitet måste man ta hänsyn till många aspekter i personens liv, bland annat boendefrågor, utbildning/sysselsättning/arbete, fritidsfrågor, sjukdom/hälsofrågor, ekonomi, rättigheter och skyldigheter i samhället och social trygghet. Det handlar om den sociala världen, den personliga/ psykologiska världen, den fysiska världen och den andliga världen.

Vi har blivit materiellt rikare i vårt samhälle men den (så kallade lättare) psykiska ohälsan i befolkningen i form av depressioner, ångestbesvär, stressymptom, missbruk har ökat i Sverige under det senaste decenniet. Samhället erbjuder inte längre med självklarhet det skyddsnät som tidigare kännetecknade samhällsupbyggnaden. Kroppslig och psykisk ohälsa hänger nära ihop. Många personer som mår psykiskt dåligt söker inte hjälp för det. *Då vi vill påverka livskvalitet behöver vi se på varandra som gemenskapsvarelser där våra relationer till andra är utomordentligt viktiga.*

Levnadsnivå kan ha stark inverkan på livskvalitet men är inte detsamma som livskvalitet. En människa upplever inte sitt liv alltmer positivt ju högre materiell standard hon fått om personen väl lever på en god materiell nivå, det vill säga har en god levnadsnivå. Vi behöver mat och prylar men vi blir inte lyckliga av att handla utan vi behöver också något mer. Många människor klagat över att de "inte har tid", åtminstone inte de som har ett arbete. De som har gott om tid som de själva bestämmer över har ofta inte råd utom ett litet privilegierat fåtal. Inkomstfördelningen i Sverige har blivit alltmer sned. Det finns även produkter som kostar mer tid än pengar att konsumera, som Internets produkter.

Våra föreställningar om hälsa och mening förmedlas i vår kultur. Hälsa är ett medicinskt problem men också ett politiskt och ett socialt problem. God hälsa innebär att en person saknar sjukdomssymptom samt att personen upplever ett välbefinnande (definition enligt WHO). *Hälsa har anknytning till livskvalitet.* I vår kultur och vårt samhälle upplever vi ofta att det normala är att må bra, att vi aldrig skall känna oss nedstämda. Det är inte en realistisk inställning. Psykisk ohälsa kan ibland ge oss signaler om vad vi behöver förändra i våra liv. Då man granskar livskvalitet intresserar man sig för vilka roller personen har i tillvaron, hur hon eller han upplever sig i sina olika roller och hur personen fungerar och upplever sig fungera i förhållande till anhöriga och andra närstående i sitt nätverk.

Vid arbetet för livskvalitet är man också inriktad mot *psykologiska aspekter* som en persons självkänsla, självrespekt, självförtroende och vilka mål och värderingar personen lever med. Man inriktar sig mot personens förmåga att hantera vardagen och att lösa vardagsproblem som dyker upp. En människas grundläggande biologiska och psykologiska behov måste vara tillfredsställda innan man kan försöka hjälpa henne att uppnå en god livskvalitet. Livskvalitet hänger nära samman med behov och behovstillfredsställelse. Det är viktigt för att en person skall känna livskvalitet att hon eller han har en balans mellan kropp och själ och även upplever sig ha en balans mellan olika delar av tillvaron.

Vi människor behöver tillfredsställas i våra grundläggande behov för att kunna må väl och för att vi skall kunna uppleva att vi lever bra liv. Förutom att vi har grundläggande biologiska behov har vi människor psykologiska och sociala behov; vi behöver gemenskap med andra. Varje individ behöver uppleva sig vara accepterad, omtyckt eller älskad, av minst några människor. Varje person behöver få känna sig ha en viss betydelse. Vi människor behöver få utveckla en självständighet, som innefattar att vi känner och att vi kan hantera och i viss mån förutsäga en del i tillvaron. För många har tillvaron i stället blivit mer svåröversäglig. Det är viktigt att försöka acceptera och leva i nuet, som erbjuder valmöjligheter. Men *det är viktigt att komma ihåg att det som är vägen till glädje och mening i tillvaron för en person behöver inte vara det för en annan person.*

Att man tycker sig ha ett gott liv kan många gånger ligga nära att uppleva lycka och känna välbefinnande. För att kunna känna lycka måste man även kunna hantera lyckans motsats och kunna hantera negativa känslor. Lycka är ofta en fysisk sensation, den sitter i kroppen. Lycka kommer och går. Ingen kan vara i ett ständigt tillstånd av lycka. Det är omöjligt att känna sig lycklig hela tiden. Det är orealistiskt att hoppas på att livet inte skall innebära smärta, såväl fysisk som psykisk. Förutsättningar för lycka kan öka om man tar hand om sina grundbehov och sitt kroppsliga välbefinnande.

Människans grundläggande förmåga att reflektera bidrar till att hon får omväxlande positiva och negativa känslor. Glädje och lycka sammanhänger ofta med varandra. Det är viktigt för att en person skall kunna vara nöjd att hon eller han upplever att skillnaden mellan hur personen önskar att det vore och hur det verkligen är inte är alltför stor. Att en person frågar sig: Om allting vore bra – hur vore det då? – kan ge kan ge personen viktig information om hur just hon/han kan bli mer lycklig. Man kan bli lyckligare av att lära sig *lägga märke till de positiva sakerna i tillvaron*, genom att ta vara på och *försöka leva i nuet*, genom att stanna upp och ta vara på lyckliga ögonblick samt, genom att *sätta upp positiva mål* och att genom att *tänka på sådant man ser fram emot*.

En människa mår ofta väl av att förstå vad hon känner, vad hon tänker och vad hon upplever. Vi människor behöver *förstå olika situationer* och vad som händer i dem. Vi behöver *kunna uttrycka* vad vi vill och vad vi känner. Vi behöver *uppleva att vi kan påverka våra vardagsliv* och *att vi kan klara av att samspela med omgivningen*. Vi behöver även *finna en personlig mening i den dagliga tillvaron*. Dessutom har människan *andliga behov*. Till dessa hör att varje människa, utifrån sina förutsättningar, söker *ett slags personlig mening i sitt liv*. Även en person med en mycket omfattande funktionsnedsättning kan se sitt liv som djupt värdefullt.

Frågor kring livskvalitet väcker upp frågor kring *innebörden av att vara en människa*, en individ, en person som lever i vår tid och i vårt samhälle. Vilka förutsättningar har vi? Till människans lott hör att grubbla, att möta en del besvikelser och motgångar, att hamna i och få ta sig igenom kriser, att klara svåra omställningar i tillvaron. Att vara tillfälligt ledsen är inte detsamma som att lida av psykisk ohälsa. Vi behöver ha en tolerans för att människor även brottas med svåra känslor och får kämpa i sina liv.



Livskvalitet och samhälle

Det finns en mängd förhållanden i samhället som kan försvåra för människor att uppleva sig ha en god livskvalitet. Varje person präglas av förhållanden i sin generation och av sin ålder. Vårt samhälle betonar idag det förnuftiga och det materiella. Men livskvalitet styrs även av många andra faktorer. Samhället har förändrats snabbt och *ett flertal samhällsproblem ökar nu*. Några av dem kan nämnas: Vårt samhälle har blivit mer komplicerat och människor får svårare att klara av alla valsituationer de ställs inför. Tekniken blir också mer komplicerad. Vi får fler äldre i vårt samhälle och många äldre har svårt att hantera den nya tekniken. Att inte klara vardagstekniken kan ge en hög stressnivå. Budskapen i vårt samhälle är ofta ungdomsfixerade och åldersdiskriminerande. Yngre människor, särskilt kvinnor, är ofta kroppsfixerade och missnöjda med sin kropp. Samhället har motsägelsefulla sexuella budskap. Många unga har ett självska debeteende. Självpupptagenheten har ökat hos många.

Storstadsregionerna expanderar men glesbygden får allt större problem att behålla sin service. Många människor i vårt samhälle upplever en stor ensamhet. Vi har en mycket stor andel av befolkningen som bor i ensamhushåll. Nutidsmänniskan har ofta svårt för att leva i nuet utan är ofta inriktad mot framtiden. Människor upplever ständig tidsbrist och livet går för många människor ”i ett” hela tiden, utan mellanrum. Många människor känner duktighetskrav på sig som de inte kan uppfylla.

Informationssamhället har medfört ökande kunskapsklyftor i befolkningen vad gäller hur man skall få tillgång till och hantera information i samhället. Tillgången till och användningen av kabel-TV, mobiltelefoner och Internet är på gott och på ont. Den (lättare) psykiska ohälsan försämras i befolkningen fast de flesta människor fått en högre materiell standard. Hälsa och tandvård har i allt större utsträckning blivit en klassfråga i vårt samhälle. Den svenska socialpolitiken, den traditionella välfärdsmodellen har i betydande utsträckning nedmonterats. Bruket av alkohol och mediciner har ökat starkt i vårt samhälle under de senaste åren och sömnstörningar är ett växande problem.

Arbetsmarknaden har blivit snabbt föränderlig och alltmer kravfull. Möjligheterna i arbetslivet är fler. Men förutsättningarna är många gånger nerskurna jämfört med tidigare. Samhället anser att många unga personer med funktionsnedsättning har förutsättningar att kunna utveckla eller förmåga att behålla en arbetsförmåga om de får omfattande stöd. Många unga personer i vårt samhälle känner stora krav på sig av en mängd orsaker. I vissa städer finns stora problem kring hur invandrare skall kunna integreras i samhället. Alltför och framför allt unga människor får nu inte ett fotfäste på arbetsmarknaden. Den förändrats mycket snabbt och den ställer allt större prestationskrav på hur människor skall kunna fungera för att de skall kunna få en anställning. Detta drabbar bland annat personer med funktionsnedsättningar. Samtidigt betonas ofta arbetets värde alltmer i samhället. Personer med funktionsnedsättningar lever ofta under sämre materiella förhållanden än andra personer i samhället. De materiella villkoren kan vara stödjande eller hindrande för vars och ens utveckling.

Vi lever vidare i ett politiskt visionsfattigt samhälle i vilket konsumtion materialism, konkurrens och ekonomi betonas alltmer. Men konsumtion och materialism kan aldrig helt ersätta ”andliga” behov. De ekonomiska och materiella klyftorna i samhället har blivit mycket större under det senaste decenniet och de ökar fortfarande. Varje medborgare förväntas själv kunna vara en aktiv och väljande konsument som fattar en rad olika beslut, vilka får stor ekonomisk betydelse. ”Shopping” har blivit en livsstil, en hobby för många att stilla sin oro. Vi uppmuntras konsumera för att ”övervintra” under den nuvarande finanskrisen. Men är det en hållbar livsstil? Människor måste finna en balans mellan det yttre och det inre för att kunna må bra. Många upplever snarast en obalans idag.

I Västra Götalandsregionen har politikerna tagit ett flerårigt program (eller ”visionsdokument”) som syftar till att man skall försöka uppnå ”*det goda livet för alla*”. Man betonar att alla medborgare skall kunna bidra till och att alla har rätt till att delta i samhällslivet på olika sätt. Det handlar om delaktighet av olika slag: att kunna ta sig till olika ställen, att få möjlighet att vara med i olika sammanhang, att ha råd till olika saker i samhällsutbudet, att beredas möjligheter att kunna kommunicera och förstå budskap i samhället etc. Men personer med omfattande funktionsnedsättningar är sällan integrerade på den vanliga arbetsmarknaden. En stor andel av dem har förtidspension. Det är viktigt att framhålla alla människors rättigheter i samhällslivet och framför allt de svagares och utsattas rättigheter. *Livet skall vara värt att leva även för alla människor – naturligtvis även för de som har en funktionsnedsättning!* Det handlar om att försöka uppnå ”det goda livet”. I ”det goda livet” (Västra Götalandsregionen, 2009) betonas fokusområdet god hälsa. Att motverka och behandla psykisk ohälsa är ett av de prioriterade utvecklingsområdena.

Arbetet för högre delaktighet och tillgänglighet för personer med funktionsnedsättningar nämns i olika policydokument liksom betydelsen av ett gott bemötande och behovet av attitydpåverkan kring funktionsnedsättningar och människor med funktionsnedsättningar. Arbetet för delaktighet och tillgänglighet behöver utföras av den enskilda yrkespersonen men även av alla medborgare i samhället.



Uppgifter att fundera över:

Tycker du själv att du på något sätt medverkar i förverkligandet av "det goda livet" för andra människor? Har du några funderingar kring hur man kan motverka uppkomsten av psykisk ohälsa i samhället?

Politiker talar idag ofta om det "utanförskap" som uppstår då en person står utanför arbetsmarknaden. Vad slags utanförskap tror du det kan innebära att leva med en omfattande funktionsnedsättning?

Livskvalitet och frågor kring livet

Varje människa lever i ett större sammanhang i livet. Många personer med funktionsnedsättningar lever idag betydligt längre än för några decennier sedan. *Personer med omfattande funktionsnedsättningar lever ofta utsatta liv. Då man ger stöd åt dessa personer aktualiseras ofta livsfrågor, existensiella frågor; frågor om livet, livets mening, kärlek och samhörighet ställd mot ensamhet, livets värde, livskvalitet och hur livet blivit och är när man får leva det med annorlunda förutsättningar.*

Människan värderar sitt eget liv och hon vet om att tiden är ändlig och att vi alla åldras och ska dö. Vi lever i skuggan av medvetenheten att vi skall dö medan vi ofta ser det som viktigt att ta till vara de möjligheter livet ger. Sekulariseringen i vårt samhälle riskerar att bidra till att fler människor upplever brist på mening i tillvaron och att de känner en inre tomhet. Människans medvetenhet och hennes förmågor att förstå sig olika saker bidrar till att hon är både lycklig och olycklig. Hon kan även få kämpa med negativa känslor som otillräcklighet, ångest och uppgivenhet. Människans förmågor berikar och komplicerar tillvaron.

Vi är alla sociala varelser. Men vi har olika förutsättningar att uttrycka och tillfredsställa våra sociala behov. *För att personer med omfattande funktionsnedsättningar skall kunna få det bra i samhället krävs en stark solidaritet i samhället, en solidaritet med svagare, utsatta individer och grupper. Var och en behöver få känna att det finns en mening i livet och ett syfte med det egna livet. Många människor skulle behöva leva mer i nuet och ta vara på nuet. Habiliteringen arbetar bland annat för personer med allvarlig eller måttlig utvecklingsstörning. Dessa diagnoser medför att personerna med dem får mycket annorlunda förutsättningar att möta livet, vilket jag skrivit tidigare om (Dolfe, 2009). Vissa delar av hjärnan måste vara utvecklade och oskadade för att människan skall kunna ha medvetenhet. Människans förmåga till språk, kreativitet och hennes samvete hänger nära ihop med medvetenheten. Personer med en grav utvecklingsstörning har sannolikt inte intellektuella förutsättningar att grubbla så mycket över sina liv, att föreställa sig saker som inte syns, att resonera kring sådant som kan hända och att oro sig för saker i förväg. De lever snarast i nuet. Då kanske de inte heller blir särskilt olyckliga?*



Uppgifter att fundera över:

Vad tror du om livets värde för personer med flerfunktionshinder eller andra mycket omfattande funktionsnedsättningar? Går det att uttala sig allmänt om detta?

Följande har sagt 2009 i en intervju med Lars Löfqvist, svensk tävlingsdeltagare i Paralympics: "Om ett lyckligt liv består i att ha två friska ben så skulle ni alla vara lyckliga – men det är ni inte". Vilka funderingar får du av det uttalandet?

Vad ger ditt eget liv en god livskvalitet? Vad är viktigast för dig i ditt liv?

**Del 7: Habiliteringen: Kvalitetssäkring, kompetensutveckling och
organisationsutveckling/verksamhetsutveckling**

Om evidensbegreppet och om möjligheterna till kvalitetssäkring inom Habiliteringen

Om begreppet evidens inom Habiliteringens verksamhet

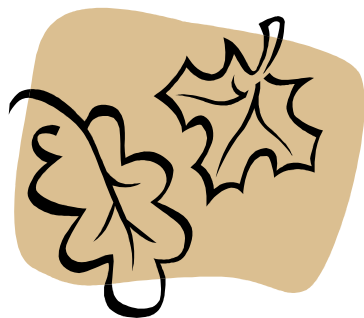
Habiliteringen söker liksom andra verksamheter efter evidenta metoder. *Med evidens kan man avse det som är vetenskapligt utprovat, det som har en vetenskapligt bevisad effekt. Med det vetenskapliga förhållningssättet söker man efter objektivet fastställd kunskap. Sökandet efter evidens har ofta en naturvetenskaplig slagsida. Då man har ett naturvetenskapligt tänkande tenderar man ofta att söka efter kvantitativa mått på olika använda åtgärders effektivitet.*

Att man använder sig av de tillförlitliga forskningsresultat som finns är ett bra steg på vägen mot god vård. Men det är inte självklart detsamma som att det är enda vägen att uppnå en god vård. Evidens bör ses som ett verktyg men inte som ett slutmål för vården (Rehnqvist m.fl. 2008)!

Ibland används uttrycks sättet att arbetsmetoder skall vara *evidensbaserade* vilket innebär att de är *grundade i "vetenskap eller beprövad erfarenhet"*. *Evidensbaserad vård är att förena bästa tillgängliga kunskap med yrkespersonernas kliniska erfarenheter och kunskaper om den enskilda patientens situation och upplevelser.*

Inom sjukvården benämns ofta kombinationen av vetenskapliga studier och beprövad erfarenhet som *evidensbaserad medicin* eller EBM. Ett alternativ till det begreppet är EBM-E (EBM med etisk profil). Med det avses en evidensbaserad medicin med en utvidgad syn på kunskap och en starkare betoning av klinisk erfarenhet som omsätts i goda handlingar. Då lyfter man fram de beprövade erfarenheterna, olika kvalitativa mått, ett etiskt förhållningssätt liksom betydelsen av att yrkespersonen är medveten om och tar hänsyn till värderingsproblematik då det praktiska arbetet utförs. De etiska principerna behöver ställas mot de kostnader som valet av olika åtgärder leder till. *Etiska och värderingsmässiga perspektiv liksom hänsynen till kliniska erfarenheter behöver således komplettera sökandet efter bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap.*

I *kvalitativa studier* försöker man exempelvis förstå patientens situation, hur patienten uppfattar sin egen funktionsnedsättning och hur patienten kommer fram till vilka beslut hon eller han fattar, som vid vårdval. Studier av enskilda patientfall kan ge mycket värdefull kunskap även om de studierna oftast inte ger evidens för en viss behandlings effekt använd på många personer.



Habiliteringen försöker i sin verksamhet förtydliga vilka man arbetar med, vad slags metoder man använder sig av och hur man arbetar inom Habiliteringen i stort. Man formulerar och presenterar inom Habiliteringen olika *habiliteringsprogram* för att förtydliga innehållet i habiliteringen. Att utforma habiliteringsprogram blir ett sätt att strukturera och att presentera verksamheten inom Habiliteringen för andra. Men de allmänt fastställda programmen behöver vid tillämpningen alltid anpassas till den enskilda patientens förutsättningar. Olika patienter med samma diagnos har vanligen mycket olika förutsättningar. Det är en stor variation inom varje diagnosgrupp.

Några vanliga evidensproblem inom Habiliteringens verksamhet

Väldigt lite av det som görs inom Habiliteringen är idag utprovat som vetenskapligt effektivt i strikt mening. Detsamma gäller flertalet andra områden inom vilka personalen utför vård och behandling. Det är svårt att kunna generalisera, tillämpa och använda sig av resultaten från kontrollerade och vetenskapliga studier när man möter vardagsproblemen i den kliniska verkligheten. Det inträffar mycket oplanerat i patientens vardagsliv som kan och bör styra habiliteringsinsatserna.

Ju flexiblare personalen använder sina yrkesinsatser, desto svårare blir det att exakt kunna bestämma vilka insatser som medfört vad. *Sökandet efter standardiserade och diagnosanknutna behandlingsinsatser kan stå i ett spänningsförhållande till behovet av en oftast nödvändig individualisering av habiliteringsinsatserna.* Det är exempelvis inte givet att resultaten från studier som utförs på personer med normalbegåvning är generaliserbara, det vill säga gäller även för personer med utvecklingsstörning. I ideala studier är de behandlade problemen och de fastställda diagnoserna klart avgränsbara från varandra. Effekten av den genomförda behandlingen går att skilja från annan påverkan så att eventuella förändringar som följer av behandlingen går att mäta. Men detta går för det mesta inte att uppnå i praktiken.

Det finns inom Habiliteringen inte någon habiliteringsmetod som kan hjälpa alla patienter och som är till hjälp vid alla problem patienten möter i sin vardag. Utvärderingen leder sannolikt till slutsatsen att man inte enbart bör göra det för patienten som är ”bevisat” vetenskapligt effektivt. Det är mycket få enskilda metoder som använts inom habilitering som är konstaterade vara vetenskapligt effektiva för den komplexa problematik personalen möter inom Habiliteringen. *Frågan är snarare för vilka insatser, för vilka diagnoser, för vilka problem och för vilka enskilda patienter evidensen kan anses gälla.* Inom Habiliteringens verksamhet kan dessutom *tidpunkten för när insatsen ges* vara avgörande för om den har några faktiska effekter.

Ett annat problem är att *en viss fastställd diagnos egentligen inte säger mycket om en enskild persons subjektiva lidande.* Problematiken hos den enskilda patienten kan vara betydligt mer komplicerad än vad man direkt kan ana av den fastställda diagnosen. I praktiken kan man ändå för det mesta utföra sådant som är av stort värde för den enskilda patienten. Patienten kan ibland vara mycket nöjd med en viss utförd behandling även då den inte varit särskilt effektiv.

Habiliteringens åtgärder har ofta varit inriktade mot att *påverka helheten i människors liv.* Den ambitionen kvarstår parallellt med en tendens inom Habiliteringen att söka problempreciseringar och avgränsningar av de olika yrkesinsatserna. Man har ofta inom Habiliteringen ambitionen att påverka olika förhållanden i patientens vardagsliv och att *bidra till att patienten fungerar bra i sin vardag och att patienten upplever sig ha en god livskvalitet.* Det finns knappast några bra instrument som mäter summan av en persons vardagsfungerande. Det är dessutom inte givet att Habiliteringens insatser har några större effekter på personens vardagsliv. Sådana effekter kanske kräver inverkan av andra faktorer än det som Habiliteringen kan påverka. Men Habiliteringens personal behöver ständigt fråga sig vilken *nytta* patienterna haft av just habiliteringen och hur *effektiv* den har varit.

Habilitering handlar ofta om att *flera yrkesföreträdare utför yrkesinsatser parallellt* för att föröka bidra till de uppsatta målen för den enskilda patienten. Detta kan göra det än svårare att finna evidenta metoder. Det som är lättast att mäta är oftast det som är möjligt att avgränsa snävt. Det kanske inte alls belyser den helhet Habiliteringen ofta har ambitioner att försöka påverka.

I en mera strikt utvärderingsstudie ingår ofta bara vissa patienter som uppfyller särskilda kriterier. Men vad blir det för innebörd av evidens om de flesta patienterna inte kan ingå i studierna och om man inte i egentlig mening kan fastställa någon evidens för användningen av samlade insatser mot den vanliga förekommande, sammansatta problematiken inom Habiliteringen? Det viktiga bör vara att göra studier av patientgrupper som faktiskt finns inom Habiliteringen och vars behov möts av de stödinsatser man har möjligheter att erbjuda inom Habiliteringen. *Habiliteringens olika yrkespersoner måste många gånger modifiera, anpassa sina metoder med hänsynstagande till den enskilda*

patientens funktionsnedsättning. Det bidrar också till svårigheter att på ett objektivt sätt fastställa den använda metodens evidens.

Habiliteringsorganisationen beskriver ofta sin verksamhet i kvantitativa termer. Men *personalen inom Habiliteringen arbetar oftare med kvalitativa mål än med kvantitativa för de enskilda patienterna.* Många begrepp inom Habiliteringen är i strikt mening svårdefinierade. Det är svårt att jämföra olik enskilda patients lidande med varandra. Patienternas tillstånd är mestadels inte livshotande. Men många funktionsnedsättningar har avgörande inverkan på personers liv. Funktionsnedsättningar hotar ofta starkt möjligheterna till ett meningsfullt, rikt, självständigt liv för den enskilda individen.

De kvantitativa målen är ofta betydligt lättare att utvärdera än de kvalitativa. Men de kvantitativa måtten ger ändå inte alltid meningsfull information om habiliteringens effekter och effektivitet och om patienterna haft nytta av och tycker sig ha haft nytta av de erbjudna yrkesinsatserna. Nyttan kan i kvalitativa mått uttryckas exempelvis som upplevelse av förhöjd livskvalitet, minskat lidande, större möjligheter till delaktighet i vardagslivet och om patienten är nöjd med insatserna som genomförts.

I många sammanhang visar det sig att bra resultat inte har några större samband med användningen av specifika metoder utan de avgörs snarast av andra faktorer. Behandlingseffekter överdrivs (enligt SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering) ofta när forskare beskriver sina resultat vid vetenskapliga möten. När resultat från samma studier publiceras i vetenskapliga tidskrifter är effekterna blygsammare. Det finns säkerligen en hel del placeboeffekter i habilitering liksom i andra former av vård.

Verkligheten är ofta att olika behandlare uppnår olika resultat även då de försökt använda sig av samma metod. *En viss metod kan ha en bristfälligt utprövad evidens men ändå fungera utmärkt i praktiken.* Det är ett stort problem hur man skall kunna generalisera från kontrollerade vetenskapliga studier till klinisk praxis. *Att man kanske kan se ett samband i tiden mellan användningen av vissa yrkesinsatser och konstaterade förändringar hos patienten säger egentligen väldigt lite om orsakerna till förändringarna.*

För det mesta tycks många faktorer kunna bidra till en eventuell behandlingsframgång. Metodens effektivitet kanske avgörs av faktorer som den enskilda yrkespersonens yrkeserfarenheter, personlighet och engagemang liksom om yrkespersonens skicklighet, kompetens och tilltro till användningen av sina egna yrkesmetoder. Behandlarnas teoretiska kunskaper har ofta visat sig mindre viktiga än deras personliga egenskaper.

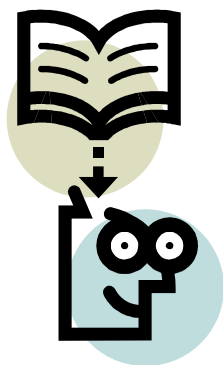
Man behöver ständigt utvärdera de yrkesmetoder som används i verksamheten. Sökandet efter evidens innebär att var och en, varje medarbetare inom Habiliteringen ständigt försöker utveckla sitt kunnande. Var och en har i sin anställning en skyldighet att *skaffa sig bästa möjliga uppdaterade kunskaper.* Det är då mycket viktigt att man tar hänsyn till de kliniska erfarenheterna.

Sammantaget kan konstateras att på nuvarande kunskapsnivå saknas oftast möjligheter att direkt mäta effekter av de yrkesinsatser som vanligen genomförs inom Habiliteringen.



Uppgift att fundera över för dig som har en anställning:

I vilken utsträckning diskuteras evidensbegreppet på din arbetsplats? Brukar man på din arbetsplats fundera över med vilken kvalitet och med vilken evidens yrkesinsatserna utförs?



Kvalitetssäkring inom Habiliteringens organisation i stort

Socialstyrelsen kräver numera – och det är lagstadgat – att det *skall finnas ett långsiktigt och systematiskt kvalitetsarbete inom alla verksamheter som arbetar med vård*. I alla dessa skall man eftersträva att säkra kvalitén, att uppnå en god och säker vård på lika villkor för de personer som har behov av vård. Man skall dessutom ta hänsyn till jämställdhetsaspekter och riskfaktorer vid kvalitetsarbetet. Arbetet skall vara aktivt riskförebyggande. Man rapporterar och hanterar avvikelser som inträffar i arbetet i förhållande till hur det är tänkt att verksamheten skall fungera. Detta görs för att man ska få en grund till ett *ständigt förbättringsarbete av verksamheten*.

De flesta vuxna människor har lärt sig att göra saker av plikt! Men det är *nödvändigt att var och en i sitt arbete även frågar sig varför man gör det man gör och funderar över om det finns andra bättre sätt att utföra arbetet på*. Kvalitetsarbetet skall vara inriktat mot att *man försöker uppnå ständiga förbättringar och effektiviseringar i verksamheten*. Kvalitetsarbetet är sammankopplat med hur organisationens ledningssystem fungerar. Att utveckla organisationen är inget självändamål utan det gäller att utvecklingen verkligen är ett förbättringsarbete. En organisation och dess verksamhet är i en ständig utveckling som förhoppningsvis innebär en ständig förbättring.

Kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvård är inriktat mot *det långsiktiga arbetet som skall vara patientorienterat*. Det handlar ofta om ett praktiskt förbättringsarbete i den dagliga verksamheten. Alla anställda skall samverka väl med varandra och beslut kring olika habiliterande stödinsatser skall grundas i fakta.

Vid kvalitetsarbetet försöker man både *utveckla de yrkesmässiga metoderna och organisationen i stort*. Att *kartlägga, beskriva organisationens arbetsprocesser och att ständigt försöka förbättra dem är en form av kvalitetssäkring av organisationen som helhet*. Idag arbetar man alltmer med *kartläggning och styrning av habiliteringsprocessen* – men inte så ofta med direkt utvärdering av utförandet av hela processen. Det är snarare vanligen effekterna av habiliteringsprocessen som man utvärderar.

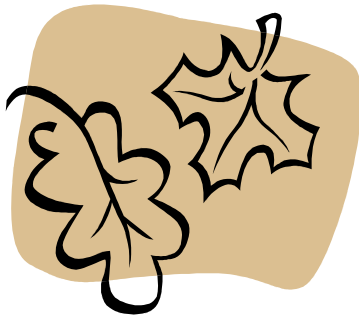
Man eftersträvar vid kvalitetssäkringen att *göra jämförelser mellan olika vårdverksamheter i landet*, bland annat genom att man gör *nationella och även internationella kvalitetsregister*. Man försöker få fram mått som skall tyda på att verksamheten utförs med en god kvalitet. Dessa mått kallas för *kvalitetsindikatorer*.

I Läkartidningen (Thörn, 2009) pågick under 2009 en debatt om kvalitetsregister. I debatten framhålls att vårdregistren inte registrerar stora och viktiga delar av vårdens innehåll. De säger egentligen inte säger särskilt mycket om vårdkvalitén. I den nämnda artikeln formuleras: "Kvalitet kan aldrig helt, kanske inte ens till större delen, mätas. Mycket slinker undan. För att avgöra om en vårdorganisation eller behandlingsinsats är bra eller dålig måste man tillämpa det individuella professionella omdömet". Vårdregister riskerar, enligt artikelförfattaren, att föra (sjuk)vården bort från en humanism och de minskar utrymmet för kreativa lösningar!

Det finns andra som menar att kvalitetsregister är ett utmärkt verktyg för uppföljning. Men registren riskerar, enligt Kjellin med flera (2009), att bli ett förenklat sätt att värdera och jämföra vårdkvalitet inom olika verksamheter. Man föreslår att de borde kallas ”register för uppföljning, förbättringsarbete och forskning” i stället för kvalitetsregister. Registren kan aldrig ersätta ett gott professionellt omdöme. Registren kan uttala sig om grupper av patienter men säger väldigt lite om den enskilda individen. *Vårdkvalitet skapas i varje enskilt patientfall, i de enskilda och ofta tidskrävande mötena mellan yrkespersonerna och patienten.*

Jämförelsemått för kvalitetssäkring med kvalitetsindikatorer finns även inom Habiliteringen. Det finns regionala och nationella rapporteringssystem som möjliggör jämförelser mellan verksamheter vid olika Habiliteringar. Ett arbete pågår inom Habiliteringens verksamhetsområde i Sverige vad gäller sammanställning av evidensbaserade metoder för vissa diagnosgrupper och för särskilda problemområden. Inom Habiliteringen används begreppet *nyckeltalssamverkan* (jämförelser av verksamheter i riket) enligt NYSAM (och i Västra Götalandsregionen används VEGA).

Lite längre fram skriver jag om ICF, som numera också används i utvärderingssammanhang. Det finns en riksförening av cheferna inom Barn- och Ungdomshabiliteringen i Sverige. Den föreningen skall verka för en utveckling av habiliteringsverksamheten för barn och ungdom.



Vid kvalitetssäkringen behöver man göra statistiska sammanställningar av både *kvantitativa och kvalitativa mått* som används *för att beskriva verksamheten i stort*. Man behöver eftersträva att *utvärdera både arbetsprocessen*, det vill säga hur arbetet utförs, *och effekterna av olika yrkesinsatser*. Man frågar ofta patienterna (eller deras företrädare) om de är nöjda med insatserna som utförts – vilket som nämnts ovan inte behöver vara detsamma som att yrkesmetoderna varit effektiva eller att yrkespersonerna använt sig av rätt habiliteringsmetoder för den enskilda patienten. *I kvalitetssäkringssystemen är det mycket viktigt att se på de goda resultat som uppnås i praktiken och försöka lära sig av sådana studier. Utvärderingen behöver ta hänsyn till patientens värderingar och upplevelser. Utvärderingen behöver även innefatta den enskilda behandlarens kompetens och den enskilde behandlarens uppfattning om, bedömning av vad habiliteringen medfört.*

Arbete med vårdprogram har beskrivits ovan. *Att göra upp ett organisatoriskt vårdprogram* är ett slags kvalitetssäkring på organisationsnivå. Man försöker då säkerställa samverkansprocessen. Det är nödvändigt att fastställa vilka patienter som berörs och kan komma att beröras av det organisatoriska vårdprogrammet och att formulera sig kring vilka patienter som utesluts. I vårdprogrammen utvecklar man samverkansformer mellan olika organisationer och yrkespersonerna inom organisationerna. Vid arbetet formulerar man sig även i avgränsningsfrågor.

Inom Habiliteringen liksom inom andra vårdverksamheter talar man ofta om betydelsen av *att effektivisera verksamheten*. Alltför ofta används uttrycket effektivisering i verksamheten som synonymt med besparing. Med effektivisering brukar man ofta mena att man förändrar arbetet så att vårdbehov kan tillgodoses trots minskade resurser eller att man förändrar arbetet så att fler vårdbehov kan tillgodoses trots oförändrade resurser. Det är naturligtvis bra om personalen kan göra lika mycket och uppnå samma saker med mindre resurser. Den rent ekonomiska besparingen låter sig nog mätas – men hur ofta utgår man ifrån att man uppnår de båda andra sakerna utan att man egentligen utvärderar om det blivit så? Utförs rätt uppgifter verkligen på bästa och mest effektiva sätt?

Utvärderingen av helheten i Habiliteringens insatser behöver göras på flera olika, varandra kompletterande sätt. Man gör inom Habiliteringen ofta minst en årlig avstämning (eller utvärdering) av hur habiliteringsarbetet har utförts under verksamhetsåret. Denna avstämning sker i en samverkan mellan patienten och personalen. Patienterna har rätt att medverka i utvärderingen på något sätt och med något särskilt utvärderingsinstrument. Avstämningen innefattar utvärdering av habiliteringsplaner. Denna utvärdering behöver kompletteras med att yrkespersonerna utvärderar sina insatser och användningen sina yrkesmetoder. Man kan även regelbundet behöva göra ett slags sammanfattande utvärdering av teamarbetet i en teamkonferens.

Dessutom behöver man *beskriva patientarbetet på ett förtydligast sätt*, bland annat för de politiker som beställer vad som skall utföras inom Habiliteringen. Man kan exempelvis förtydliga utvärderingen genom konkreta *fallbeskrivningar*. Fallbeskrivningarna kan belysa vad patienter inom Habiliteringen ofta har för problematik och hur yrkespersonerna inom Habiliteringen med sina olika yrkesinsatser försöker möta patienternas behov. Konkretiseringen är nödvändig bland annat för att ansvariga politiker skall förstå hur verksamheten utförs och vad det är man kan och försöker uppnå med Habiliteringens verksamhet.

Inom kvalitetssäkringens ram är det väsentligt att följande frågor diskuteras regelbundet på arbetsplatsen inom Habiliteringen: Vad är värdegrunden i Habiliteringens verksamhet i stort och i det team man tillhör? Kan medarbetarna se och känna att man arbetar för en helhet i insatserna? Använder sig Habiliteringens personal av arbetsmetoder som säkrar den bästa möjliga kvalitén i habiliteringsinsatserna? Kan Habiliteringen finna goda instrument för att mäta förändringar i hur patienterna får det och fungerar i sina vardagsliv? Kan Habiliteringen påverka helheten i patienternas vardagsliv eller avgörs deras vardagsliv i stor utsträckning av helt andra saker än Habiliteringens stöd? *Det är mycket viktigt att man i verksamheten både har kraft att genomföra det vardagliga, aktuella arbetet och att man även förmår ha en framförhållning.* Det tar lång tid att finna och utveckla nya stöd- och behandlingsmetoder. Jag återkommer till ett avsnitt organisationsutveckling lite längre fram.



Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Kan du och andra anställda inom organisationen Habiliteringen beskriva tydligt för andra utomstående vad det är man gör inom Habiliteringen och vad det är man försöker uppnå med sina insatser från Habiliteringen? Har du några förslag för hur man kan förbättra en sådan beskrivning av verksamheten jämfört med hur den görs nu?

Hur ser du på de utvärderingsmetoder som används inom den Habilitering som du känner bäst till? Ger de tillsammans en helhetsbild av Habiliteringens verksamhet? Om du är tveksam – vad tycker du saknas?

Är det naivt om man inom organisationen litar på att de anställda har egna drivkrafter att söka efter bästa möjliga kunskaper och arbetsmetoder just för sin yrkesutövning?

Hantering av uppmärksammade avvikelser i arbetsrutinerna

Det så kallade säkerhetsarbetet handlar både om att uppnå en god arbetsmiljö och att utveckla en habiliteringsverksamhet som fungerar på bästa sätt för sitt huvuduppdrag; att ge stöd i vid mening åt personer med omfattande funktionsnedsättningar. Att uppnå en god patientsäkerhet har blivit en allt viktigare del av kvalitetssäkringen. Patientsäkerhet kan förenklat formuleras som att ingen patient skall komma till skada och vården skall vara god och säker. Att patientsäkerheten är god är en grundförutsättning för att patienterna skall kunna få förtroende för personalen. Om patienterna förlorar

förtroendet för personalen får det följer för de fortsatta insatserna som patienterna erbjuds inom Habiliteringen.

Bristfällig klagomålshandling är ett utbrett problem inom offentlig sektor. *Förutom att verksamheter ständigt skall eftersträva hög kvalitet i sina insatser är det viktigt att personalen öppet redovisar sina misstag och försöker lära sig av dem.* Alla kan göra misstag i sina arbetsuppgifter även om få personer medger det. Det är viktigt att var och en liksom organisationen försöker lära sig av det som hänt. Ibland märks misstagen, ibland inte. Brister kan uppmärksammas även om personalen inte gjort direkta felaktigheter. Ibland vet man inte heller hur man skulle ha kunnat göra på ett bättre sätt då ett misstag inträffade. En kombination av självförtroende och ödmjukhet hos medarbetarna kanske gör det sannolikt att de vågar medge yrkesmässiga misstag och vågar granska dem så att det blir möjligt att lära sig av dem. Det är viktigt att hantera negativa händelser, avvikelser som inträffar i den praktiska verksamheten och försöka lära sig av dem.

Det är även viktigt att ta reda på vad organisationen har för rutiner för att hantera anmälningar, framförd kritik och anmälan om avvikelser. Inom organisationen skall man rapportera inom organisationen om man gjort avvikelser från det som är bestämt, bland annat kring de direkta insatserna för patienterna. Man skall gå igenom vad som har gått fel, analysera vad som borde ha gjorts i stället och i vilket skede. I granskningen kan man bland annat gå igenom journaler, skriva ner händelseförlopp och analysera dem, göra processanalyser, intervjua patienter, anhöriga och personal.

Kritik av organisationens verksamhet

En viktig fråga är hur organisationen hanterar intern kritik. Det är kritik från de anställda inom organisationen kring hur organisationen fungerar. *Att man inom organisationen även tar sådan kritik på allvar och försöker lära sig av den kan bidra till organisationens förbättring och utveckling.* Synpunkter på organisationen kan vara både positiva och negativa. Synpunkterna innefattar beröm, kritik, klagomål och anmälningar av att fel begåtts mot antagna riktlinjer eller rutiner. I kritiken formuleras kanske även förslag på hur organisationen och verksamheten kan förbättras.

Synpunkter på hur verksamheten kan förbättras kan lämnas både av patienter och av personal. Man bör uppmuntra att patienterna framför sina klagomål och man måste ta dem på allvar. Det finns en risk för att många missnöjda patienter inte framför sina upplevelser och sin kritik. Det är viktigt att man lyssnar på dessa synpunkter i organisationen och försöker använda dem för utveckling av verksamheten. Självfallet kan även beröm rikta uppmärksamheten mot sådant som det är särskilt viktigt att personalen försöker använda sig av oftare och kanske i än högre utsträckning.

Direkta anmälningar mot verksamheten och granskningar av organisationen och dess anställda

Inom hälso- och sjukvården och då man får stöd inom andra organisationer enligt HSL kan man vända sig till *patientnämnden* för att få hjälp. Man kan även vända sig dit med klagomål om man är missnöjd med något i behandlingen. Det handlar ofta om bemötandefrågor. Bemötandeklagomål handlar ofta om sådant som att patienten känt sig kränkt, inte har blivit lyssnad på, inte tycker sig vara sedd eller har upplevt sig få ett dåligt bemötande i telefon. Patienterna har rätt att uttrycka sig kring hur man känner att man blivit bemött. Man behöver dessutom, som nämnts, få uttrycka om man anser att Habiliteringens personal följt och uppnått det man kommit överens om i habiliteringsplanen. Det är viktigt att anmälaren blir och känner sig bli tagen på allvar. Patientnämnderna *bidrar till kvalitetsutvecklingen genom att man återför erfarenheter som belyses av klagomålen till organisationen och dess anställda.* En patient som blivit felbehandlad kan i vissa fall få direkt ekonomisk ersättning för det genom PSR (patientskadereglering).

En vårdverksamhet kan anmälas till Länsstyrelsen och till Socialstyrelsen. Dessa myndigheter kan göra en utredning, en granskning och skriva en rapport om organisationens brister och hur de kan åtgärdas. Myndigheterna undersöker bland annat den erbjudna vårdens kvalitet. Socialstyrelsen har rätt att (anmält eller oanmält i förväg) gå igenom vårdorganisationens journalmaterial. Socialstyrelsen kan

exempelvis uttala sig om ifall patientsäkerheten är god och tryggad, om dokumentationsrutinerna följs, om verksamheten har tillfredsställande mål- och styrdokument, om verksamheten har utarbetade rutiner som följs och hur uppföljning görs inom verksamheten, om personalen har tillräcklig kompetens och dimensionering och Socialstyrelsen kan uttala sig om olika behandlingsfrågor i stort.

Inom sjukvården liksom inom Habiliteringens verksamhet kan man även göra Lex Maria-anmälningar då chefsläkaren bedömer att en (större) felaktighet inträffat inom organisationen. Även *Datainspektionen* kan göra en tillsyn av journaldokumentationen vid en viss arbetsplats eller inom en viss myndighet. Journalmaterialet kan ibland vara till nytta vid forskning och det kan användas då man gör upp kvalitetsregister.

Om en person ansöker om insatser vid Habiliteringen enligt LSS har hon eller han formella möjligheter att överklaga beslut vid Länsstyrelsen om personen är missnöjd med själva besluten eller hur de verkställs. Inom kommunerna har de anställda inom äldre- och handikappomsorgen skyldighet att anmäla missförhållanden. Regeringen vill utvidga anmälningskyldigheten inom Socialtjänsten. Inom Habiliteringens verksamhetsområde möter man ibland missförhållanden som det är oklart hur man skall hantera.

En del yrkesgrupper har yrkeslegitimation. Då är Socialstyrelsen en tillsynsmyndighet som efter anmälan i ytterlighetsfall kan pröva om yrkespersonen är lämplig att utöva sitt yrke.



Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen :

Det är fastslaget att patienten (efter förmåga och med hänsynstagande till hennes/hans förutsättningar) har rätt att delta i planeringen och genomförandet av olika vårdinsatser. Hur fungerar detta i praktiken inom Habiliteringen?

Vad känner du till om hur man arbetar med rapportering av avvikelser på din arbetsplats?



Evidens i det tvärprofessionella habiliteringsteamets arbetssätt

Tanken är, som nämnts, att habiliteringsteamet genom sin sammansättning skall kunna erbjuda olika yrkesinsatser som sammantaget möjliggör en god helhet i habiliteringsinsatserna. Teamets samlade hjälp skall vara bättre än summan av enskilda yrkespersoners insatser. *Det är nödvändigt att de olika*

yrkesgrupperna känner till varandras kunskapsområden och arbetssätt för att helheten i de utförda yrkesinsatserna skall kunna bli bra. Ofta vet olika yrkespersoner för lite om vad var och en kan och gör och förstår inte de olika yrkesrollerna. Det är nödvändigt i teamet att alla lär känna varandras yrkeskompetenser. När man arbetar nära varandra i ett team måste även man kunna lita på varandra.

Varje yrkesgrupp och varje yrkesperson behöver kunna beskriva, tydliggöra och utvärdera sina använda metoder på ett bra sätt. Kanske går det ofta att finna vissa riktlinjer för hur man bör arbeta med patienter med särskilda diagnoser även om det alltid är nödvändigt att ta individuella hänsyn till den enskilda patientens förutsättningar och önskningsar då de rehabiliterande insatserna genomförs.

Inom Rehabiliteringen framhålls ofta att inget kunskapsområde är viktigare än något annat. Det finns ett slags jämställdhetsideal inom Rehabiliteringen vad gäller olika yrkesgruppers betydelse och inflytande. Man har valt att inom Rehabiliteringen anställa en mångfald olika yrkesgrupper. Det är viktigt att organisationen förtydligar vilka förväntningar man har på företrädare inom olika yrkesgrupper och inte bara på olika individer. Att man vågar se på sådana skillnader är förmodligen även en förutsättning för att man skall kunna upptäcka vad som bidrar till framgångar och hur olika yrkespersoner och team skall kunna skall utvecklas, bland annat genom att lära sig av sina brister.

Det kan, som nämnts ovan, vara mycket svårt att särskilja effekterna av olika yrkesinsatser från varandra och att fastställa vem som eventuellt bidrar till vad i effekten av teamets samlade insatser. Rehabiliteringens parallella insatser av flera yrkespersoner i ett team kan försvåra en strikt utvärdering. *Yrkesgrupperna behöver arbeta för att tydliggöra sina egna yrkesspecifika metoder för utvärdering.*

Av detta följer några viktiga frågor: Vad slags huvudsaklig kunskapsinriktning kan man förknippa olika yrkesgrupper med? Vad har olika yrkesgrupper som gemensamt kunskapsområde? Vilken baskunskap är det nödvändigt att var och en i teamet har? I vilka avseenden kompletterar olika yrkespersoner varandra? Vilken mera specialiserad kunskap behövs inom organisationen? Hur kan man dela med sig av den specialiserade kunskapen? Hur uppnår man en god kunskapsbalans i organisationen så att man i lagom utsträckning står på olika "kunskapsben"? Hur skiljer sig behoven åt av personalens olika kunskaper om olika grupper av patienter och om olika enskilda patienter?

Följande frågor har man också anledning att fundera över i teamet: Hur skall man samordna olika yrkespersoners insatser så att man uppnår en god helhet i teamets samlade arbete? Vilka är de bästa tänkbara metoderna man kan använda sig av för att samordna olika yrkesinsatser så att Rehabiliteringens samlade kunskaper på bästa sätt kommer patienten till godo? Hur kan man åstadkomma en utveckling av teamet så att det fungerar alltmer effektivt? Hur kan man vara säker på att rehabiliteringsteamets samlade insats är större än de enskilda yrkesföreträdarnas bidrag? Är det möjligt att även arbeta mer för att utveckla en enhetlig referensram då många olika yrkesgrupper skall bidra till en helhet i stödet för den enskilda personen med funktionsnedsättning?

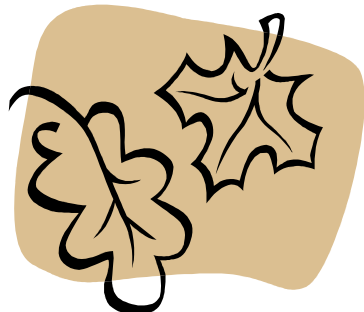
Det finns ofta inte några självklara bestämda metoder man bör använda sig av i olika komplexa situationer. Teamets medlemmar får resonera sig fram till vad som kan vara stödinsatser lämpliga att pröva i förhållande till funktionsnedsättningen hos den unika patienten och kanske även den speciella situationen.

I teamet måste man kontinuerligt utveckla sina arbetssätt. Det är en stor utmaning för teamet att ständigt gå vidare och vilja bli bättre. Man kan låta de olika medlemmarna i teamet pröva på olika arbetsuppgifter i samband med konferenserna i teamet. Dessutom kan man göra det till en rutin att *utvärdera hur teamkonferenserna fungerar.*

I teamet behöver man uppnå en kultur inom vilken teamets medlemmar är inriktade mot att utföra sina prestationer effektivt i förhållande till teamets sammanlagda uppgift. Men det tar ofta tid att utveckla ett gott lagarbete.

Varje gång någon yrkesperson slutar i teamet eller då någon ny person börjar i teamet förändras teamets fungerande. Den som nyss börjat eller som nyss slutat arbeta i teamet kan ofta delge viktiga observationer om teamets fungerande. Genom att intervjua dessa personer kan man få nytta av personens iakttagelser så att de kan användas i teamets utveckling.

Vilka förändringar måste man försöka uppnå för att teamen skall kunna fungera framgångsrikt? Det för oss över till nästa område:



En nödvändig förutsättning för en effektiv verksamhet inom Habiliteringen är att man har välmotiverade tvärprofessionella team inom organisationen

I det här sammanhanget skriver jag om den motivation som handlar om *att vilja och att försöka göra ett bra arbete* inom Habiliteringens verksamhetsområde. *Motivationen i det tvärprofessionella teamet är en avgörande drivkraft för om medlemmarna i teamet kan och vill göra ett gott arbete.*

Motivation innefattar att veta, att vilja och att kunna (Dolfe, 2007). God motivation kan uppstå av att var och en samt teamet som helhet vet vad man vill uppnå och man har tillräckliga kunskaper för att kunna uppnå det man vill. Att var och en i teamet skaffar sig goda *kunskaper* och att man gör bra ifrån sig på arbetsplatsen ger en inre tillfredsställelse för medarbetarna. Motivationsarbete, att påverka och försöka höja motivationen, handlar om att nå de enskildas personliga drivkrafter, såväl patienternas som personalens! Teamet behöver mötas av intresse och uppmuntran för det man gör. Det höjer ofta motivationen att de anställda regelbundet får en yttre *bekräftelse på de arbetsinsatser man utför*. Man behöver få höra både när man gör rätt och bra saker och då man behöver förändra sina arbetsinsatser. Den kontinuerliga återkopplingen är oerhört grundläggande för hur en människa kan fungera, individuellt eller i grupp, exempelvis i ett habiliteringsteam.

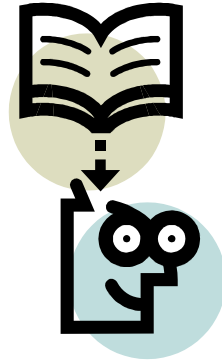
Arbetsmotivationen i teamet varierar. De enskilda i teamet kan försöka göra goda yrkesinsatser var och en för sig utan att det säkert är så att teamet som helhet arbetar på ett särskilt motiverat sätt. Då är det inte säkert att helheten av arbetet i teamet blir större än summan av delarna av olika individuella yrkesinsatser. För att teamet och dess arbete skall kunna fungera bra måste man *eftersträva att nå en god sammanhållning i teamet och en god arbetsatmosfär i teamet, gärna med inslag av humor, skritt och arbetsglädje*. Det finns inte någon given motsättning mellan att ha roligt på sin arbetsplats och att arbeta effektivt! I ett team som känslomässigt mår väl är ofta arbetsmotivationen högre och arbetet kan bli mera effektivt utfört. Gruppsammanhållningen varierar starkt i olika grupper och med tiden. En grupp utvecklas och förändras ständigt, inte minst när det sker byten av gruppmedlemmar i teamet.

Ledarskapet i gruppen liksom i hela organisationen har stor betydelse för om man kan uppnå en välmotiverad arbetsgrupp med välmotiverade tvärprofessionella team. Det är viktigt att organisationen har satt upp *tydliga och realistiska mål*, som därefter översätts, konkretiseras i arbetsgruppen på arbetsplatsen och i de olika teamen. Teamet måste ha tillräckliga *resurser* av många olika slag för att motivationen skall kunna behållas. Resurserna måste stå i relation till de förväntade resultaten av teamets insatser.

En och samma patient inom Habiliteringen har ofta flera diagnoser. Varje medarbetare i teamen har inte kunskaper om alla funktionsnedsättningar och hur de kan mötas. Var och en i teamet måste vara

beredd att *delat sig av sina kunskaper till de andra i teamet*. När det kommer en ny medlem i teamet är det särskilt viktigt hur man tar hand om den personen.

En effektiv verksamhet bygger även på att de olika teamen kan *samarbeta väl* med varandra och med aktörer i världen utanför Habiliteringen.



Kvalitetssäkring för varje enskild medarbetare

Alla anställda medarbetare har skyldigheter att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Yrkespersoner vill och måste dessutom arbeta med så goda metoder de kan. Alla har ansvar för att delta i arbetet med uppföljning av mål och resultat. Kvalitetsarbetet skall vara helt integrerat i det vardagliga arbetet. Det måste utföras kontinuerligt, som ett naturligt sätt i habiliteringen.

Olika yrkesgrupper har naturligtvis olika kunskapsinriktning. Var och en som arbetar med habilitering måste ha kunskaper från en mängd olika ämnesområden. Kunskaperna behöver inte vara lika djupa inom alla ämnesområden. *Faktakunskaper* (påståendekunskaper) behöver sammansmältas med *erfarenhetskunskaper* samt med *praktiska inlärd färdigheter*. Dessutom måste användningen av den mer teoretiska kunskapen göras med *gott omdöme i den unika situationen*. Ibland får baspersonalen handla intuitivt och så gott man kan fast man känner en osäkerhet om hur man bör göra i den speciella situationen. Då behöver man *reflektera i efterhand över det man gjorde*, om det var bra som man gjorde eller om man i fortsättningen behöver försöka göra på ett annat sätt. Den reflektionen kan man göra både individuellt och i teamet.

All anställd personal har en skyldighet att fortlöpande skaffa sig nya kunskaper, att ta del av ny forskning kring funktionsnedsättningar och att lära sig de metoder som man med tiden anser är effektiva och meningsfulla att använda sig av just vid arbetet för personer med funktionsnedsättningar. Jag skriver mer om kompetensutveckling lite längre fram.

Med sökandet efter evidens kan man, som nämnts, allmänt avse att man söker *bästa möjliga kunskap*. I den meningen är det självklart alltid viktigt att *eftersträva att fastställa evidensen*. Man behöver *öva upp sitt kritiska tänkande*.

Vid kvalitetssäkringen behöver var och en sträva efter att utveckla sina yrkesmetoder. Var och en behöver också skaffa sig kunskaper om och fundera över hur organisationen fungerar i stort. Var och en skall kunna lära sig av kvalitetsarbetet i organisationen.

Vissa yrkesgrupper har särskilda yrkesetiska riktlinjer som man har en skyldighet att följa parallellt med att man arbetar ”enligt vetenskap och beprövad erfarenhet”.



Patienterna och kvalitetssäkringen

Socialstyrelsen har angivit en del kriterier för hur kvalitetsarbetet skall bedrivas. *Kvalitetsarbetet skall vara patientorienterat. Det skall bedrivas utifrån en helhetsyn och det skall ha fokus på den enskilda patienten.* Det innebär bland annat att det skall innefatta att patienterna medverkar i utvärderingen av verksamheten. Patienterna skall ha möjligheter att uttrycka hur de upplevt och hur de ser på det stöd och den hjälp man fått från Habiliteringen.

Utvärderingen för patienterna handlar om ifall patienterna är *nöjda* med de insatser de fått från olika medarbetare inom Habiliteringen *men också om de mål som satts upp i habiliteringsplanen faktiskt uppnåtts* genom personalens yrkesinsatser. Hur habiliteringsplanen kan utvärderas har beskrivits ovan i avsnittet om habiliteringsplanen. En särskild svårighet i formuleringen av planen kan vara att skilja mellan att sätta upp mål för habiliteringsinsatserna från att bara man anger användningen av en viss yrkesmetod eller en särskild åtgärd.

Journaldokumentationen ger patienterna en viss säkerhet. Journalen är ett minneshjälpmedel och ett samordningsinstrument för personalen. Men journalen är också patientens journal. Den beskriver vad man planerat, vad som genomförts hittills och vad som utlovats framöver. *Journalföringen skall bidra till en god och säker vård.* Personalen skall eftersträva att skriva i journalen på ett sådant sätt att innehållet är möjligt att läsa och är begripligt för alla, även för patienten. I de flesta fall får patienten tillgång till sin journal om patienten så önskar.

Patienterna är ofta inriktade mot att utvärdera annat än vad yrkespersonerna är. För patienterna är det viktigt hur de har det i vardagslivet och om habiliteringsinsatserna kunnat påverka detta. Patienter som upplevt att de fått god hjälp kan ofta ge konkreta exempel från vardagssituationer. De framhåller också som viktigt att de blivit bemötta på ett lyhört sätt, att intresserade yrkespersoner lyssnat på dem och att de fått tillräcklig tid på sig för att berätta om sina bekymmer. Detta är ofta vad patienten upplevt som "att vara i fokus". För yrkespersonerna är det ofta viktigast att utvärdera effekterna av de metoder man direkt använt sig av i habiliteringen.

Det finns ett antal olika sätt att göra patienterna delaktiga i kvalitetssäkringen. Man kan exempelvis använda sig av speciella utvärderingsinstrument, man kan intervjua patienterna, man kan låta dem besvara enkäter och man kan använda sig av något som kallas för fokusgrupper. Habiliteringen har, som beskrivits ovan, till uppgift att samarbeta regelbundet med olika patient-/brukarorganisationer. Dessa organisationer kan ofta ha erfarenheter av och synpunkter på hur Habiliteringen utför sina uppgifter och om patienterna/brukarna är tillräckligt delaktiga i hur habiliteringsinsatserna utförs. *Patienternas och personalens utvärdering av Habiliteringens insatser behöver få komplettera varandra för att man skall kunna uppnå en god utvärdering av verksamheten.*



ICF som hjälpmedel i det direkta habiliteringsarbetet och vid kvalitetssäkringen/utvärderingen av yrkesinsatserna

Det internationellt uppgjorda *klassifikationssystemet ICF* har benämnts tidigare. *ICF* skiftar fokus till hälsa i vid bemärkelse och vilka faktorer som påverkar hälsan. Med *ICF* försöker man uppnå en vetenskaplig grund för att förstå och för att studera hälsa och hälsotillstånd, både välbefinnande och skada/sjukdom. En fastställd diagnos behöver kompletteras med en funktionsbeskrivning. Två olika personer kan ha samma diagnos men de kan ända ha mycket olika sätt att kunna fungera i olika situationer.

ICF handlar om hur människor kan leva sina liv med de förutsättningar personerna har. Man inriktar sig, vid användningen av *ICF*, mot personens/patientens möjligheter till aktivitet och delaktighet – som ses som särskilt viktiga delar av hälsa – och hur dessa två faktorer påverkas av kroppsstrukturer, omgivningsfaktorer och personliga faktorer. *ICF* beskriver vad personen gör i sin omgivning men även vilka inskränkningar hon eller han har i sina förmågor till aktivitet och delaktighet.

ICF saknar en ”själ”. Personlighetsfaktorerna grupperas således som kroppsfunktioner i *ICF*. *ICF* innefattar inte en beskrivning av en persons upplevelser och känsloliv. Man kan ändå använda sig av *ICF* som en utgångspunkt bland annat vid kvalitetssäkring, men då behöver man modifiera *ICF*-styr- och utvärderingsinstrumentet genom att göra tillägg, som bättre beskriver arbetsområden som saknas eller som är bristfälligt beskrivna i *ICF*.

Det pågår intensiva dokumentationer av de enskilda insatserna kring patienter inom Habiliteringen. Det är tänkt att dokumentation inom Habiliteringen med tiden skall knytas allt närmare *ICF*. Man hoppas att det med hjälp av *ICF* skall gå att jämföra delar av hälso- och sjukvården med andra verksamheter.

Utvärderingen med hjälp av *ICF* kompliceras av flera faktorer. Den regelbundna användningen av *ICF* inom Habiliteringen kan visserligen ge statistiska och upprepade bilder av eventuella förändringar hos patienten. Men även om förändringar inträffar hos patienten kan *Habiliteringens personal*, som nämnts, egentligen sällan vara helt säkra på att det är just det man gjort vid *habiliteringen* som medfört förändringarna. *Habiliteringen* sker i ett stort sammanhang där helt annat än *habiliteringsinsatserna* påverkar patienten. Sådant som ligger utanför *Habiliteringens horisont* kanske har långt mer avgörande betydelse för patienten än de *habiliterande insatserna*. Ibland hoppas dessutom patienten att *Habiliteringens personal* skall kunna påverka och utföra saker som det är oralistiskt eller kanske rent av omöjligt för personalen att kunna uppnå med sina metoder och inom sitt uppdrag inom *Habiliteringen*.



Uppgift att fundera över:

Har Du själv erfarenhet av att ha använt dig av ICF? Vilken är i så fall din egen uppfattning om det klassifikationssystemet?

Habiliteringen: Kompetensutveckling och verksamhetsutveckling

Inledning

Vårt *levnadssätt* och *tidsandan* påverkar vårt sätt att lära. Olika individer har ofta olika inlärningsstil, olika sätt som fungerar bäst för dem att lära sig på. Tekniken påverkar också vårt lärande. Vi tar ofta in framtiden i nuet som om den redan vore här. Användning av datorn i allmänhet, Internet i synnerhet och mobiltelefonen har i stor utsträckning förändrat förutsättningarna för lärande. Internet sprider information som får allt större betydelse för kunskapsbildning. Äldre personer i vårt samhälle har ofta ett nyttoperspektiv för ögonen när de går ut på nätet och de har därför ofta en envägskommunikation vid användning av datorn. Yngre personer; gränsen anses gå vid ca 35 år; använder i långt större utsträckning nätet i tvåvägskommunikation. Det handlar då ofta om sociala sammanhang, lusten att umgås. De yngre tar med sig sina vanor till jobbet och för de yngre flyter ofta arbete och fritid ihop. De digitala samhällsklyftorna tenderar enligt forskare att vidgas i vårt samhälle idag.

Kreativitet kan stimuleras genom att man försöker tänka tvärtom för att få flera perspektiv på ett problem. *Kreativitet är en viktig förutsättning för kompetensutveckling. Det vi tycker är roligt och det vi uppfattar oss ha nytta av ger oss en motivation som underlättar vårt lärande.* Hur skall vi inom organisationen Habiliteringen lära oss att tänka nytt, att synliggöra, att "ligga före" i våra kunskaper och att våga pröva nya idéer? Hur skall vi förtydliga hur vi uppnår bättre kunskaper och bättre resultat i vår verksamhet? Ger vi oss tillräcklig tid inom organisationen att reflektera över våra kunskaper och hur de kan användas på bästa sätt?

Kompetensutveckling i en organisation innefattar att hämta in och att sprida vetande. Men den *är även inriktad mot att utveckla förmågan hos de enskilda och organisationen att i praktiken kunna använda sig av de erfarenheter, det vetande, de färdigheter och de värderingar som redan finns och tillämpas i organisationen.* Man kan *lära sig* mycket av *praktiska exempel* och av det som faktiskt fungerat i praktiken. Det är viktigt att lära sig av goda exempel men man kan även lära sig mycket av sina misstag så att man fortsättningsvis kan "tänka efter före", det vill säga innan man handlar i sitt yrke.

Idag talar man i arbetslivet om betydelsen av *det livslånga lärandet*. De anställda inom Habiliteringen har oftast långa akademiska yrkesutbildningar. Men därefter måste de anställda uppdatera sina kunskaper kontinuerligt genom hela yrkeslivet! Samtidigt blir i arbetslivet idag allt fler arbetsuppgifter specialiserade. Lärande handlar både om spridning av kunskaper men även om *omvandling av kunskaper och färdigheter som redan finns i organisationen. Kompetensutveckling handlar både om att ha, att bygga nya kunskaper och om att kunna tillämpa dem.* Kompetensutveckling handlar om mer än att gå på utbildning. Kompetensutvecklingen kan även uppnås genom ökande erfarenheter, handledning av yrkeskollegor, dialoger med andra medarbetare och erfarenhetsutbyte med andra Habiliteringar, deltagande i konferenser, auskultationer, studiecirkel, egna litteraturstudier eller projektarbeten etc. Utbildning kan vara anordnad inom organisationen eller av andra kursanordnare. *En viktig del av utvecklingen av kompetenser handlar om hur man lär sig tänka i nya banor.*

Kompetensutveckling inom Habiliteringen

Ämnet habilitering är ett tvärvetenskapligt kunskapsområde mellan medicin och beteendevetenskap. Habiliteringen kallar sig ibland för en "kunskapsbaserad" och "människobehandlande" (Bohlin, 2009) organisation. Det innebär förmodligen att organisationen Habiliteringen vill framhålla att dess medarbetare grundar sina insatser på vetande och kunnande snarare än på tro och gissningar. Men det är inte så lätt att skilja på att man vet och att man tror att man vet! *Kompetensen och engagemanget hos de enskilda yrkespersonerna inom organisationen är kanske den viktigaste framgångsfaktorn för Habiliteringen.* I *habiliteringskompetensen* (Bohlin, 2009) ingår att en medarbetare har generella baskunskaper, specialistkunskaper utifrån en roll som specialist *samt kunskaper om Habiliteringens organisation och arbetsprocess.* De tre dimensionerna är delvis överlappande varandra.

En viktig grund för en god kompetensutveckling av var och en är att varje medarbetare *introduceras* på ett bra sätt när man anställs inom den. Man bör ses som en ”nykomling” i organisationen åtminstone under ett par års tid! Som ny bör man uppmuntras ställa många frågor och som ny har man rätt att ställa frågor om vad som helst i organisationen och hur man skall utföra sina arbetsuppgifter inom den! Ibland får den nykomne ett slags *mentor*, som finns nära till hands i dialoger under introduktionsperioden. Ibland utses formellt en *handledare*.

Organisationen behöver skaffa sig en överblick över vad helheten blir av kunskapen som utvecklas hos varje medarbetare och även en överblick av summan av vars och ens kunskaper för hela organisationen. De anställda inom Habiliteringen måste vara mycket kunniga yrkespersoner för att kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett bra sätt. Varje medarbetare behöver utveckla ett antal kompetenser. En organisation kan och bör i viss utsträckning benämna vilken kunskap och vilka kunskapsområden som ses som viktigast för organisationen. En *fördjupad och specialiserad direkt tillämpbar yrkeskunskap* lär man sig ofta mest och bäst genom att lära av sina yrkeskollegor.

Alla medarbetare inom Habiliteringen skall ha *individuellt utformade kompetensutvecklingsplaner*. Vid vissa Habiliteringar finns det *yrkesutvecklare* som har ett visst särskilt ansvar, bland annat för att stödja och skaffa fram underlag till organisationens kompetensutveckling av sina medarbetare. Organisationen som helhet har ofta gjort upp en sammanställning över de olika kunskaps- och kompetensområden som behövs för att organisationens medarbetare skall kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett bra sätt. Det gäller sedan att organisationen har resurser och förmågor att möta och stödja utvecklingen enligt kompetensutvecklingsplanerna för verksamheten i stort och för dess enskilda medarbetare.

Eftersom Habiliteringen erbjuder specialiserad verksamhet (verksamhet på specialistnivå) krävs, som nämnts, att dess anställda har *mycket goda kunskaper om hur det är att växa upp med eller förvärva funktionsnedsättningar och hur det är att leva med funktionshinder*. Medarbetarna behöver även ha särskilda kunskaper om hur man kan försöka medverka till att personer med omfattande funktionsnedsättningar får så goda vardagsliv som möjligt. *Inom Habiliteringen behövs ofta kunskaper som handlar om hur man skall förhålla sig till viktiga problem som inte har en enkel lösning.*

Medarbetaren behöver skaffa sig *en allmän kunskap om Habiliteringens värld och vad som påverkar yrkesinsatserna som erbjuds inom Habiliteringen*. Den allmänna kunskapen innefattar kunskaper om administrativa förhållanden, lagar och rutiner. Medarbetaren behöver i vissa avseenden ha en *kunskap* som är *gemensam med arbetskamraternas* och sådan kunskap *kan avse en mängd ämnesområden*. Ofta behöver medarbetare inom olika yrkesgrupper ha olika omfattning i sina kunskaper inom olika ämnesområden. Medarbetaren behöver även *känna till vad arbetskamraterna har för kunskaper utifrån sina respektive yrkesroller*. Var och en som arbetar i Habiliteringens team behöver särskilt, som vi sett, lära sig en hel del om *hur man skapar förutsättningar för ett effektivt teamarbete*.

Att en organisation har kompetent personal är inte liktydigt med att organisationen utför sitt uppdrag på ett *kompetent* sätt, det vill säga *kan utföra sitt beställda, definierade uppdrag på ett effektivt sätt*. Men förutsättningen för att personalen skall kunna använda sig av yrkesmetoder med god evidens är att det finns en god kunskapsutveckling inom organisationen som helhet och hos dess enskilda medarbetare och *en inställning i hela organisationen som främjar lärande*.



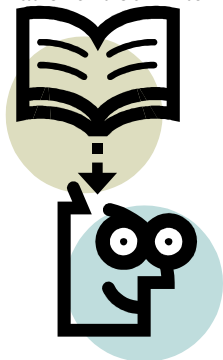
Kunskapsutvecklingen går snabbt idag men det är inte detsamma som att en organisation lyckas föra ut nya kunskaper till sina anställda. Det finns en mängd kunskapskanaler och det är svårt för den enskilde anställda att hinna och kunna bevaka kunskapsutvecklingen på egen hand. Det finns många olika sätt att utveckla kompetensen hos personalen inom Habiliteringen.

Att var och en inom Habiliteringen skaffar sig goda kunskaper och att man gör bra ifrån sig på arbetsplatsen ger en inre tillfredsställelse för medarbetarna. Det är, som nämnts, dessutom mycket viktigt att de anställda får en yttre kontinuerlig bekräftelse på de arbetsinsatser man utför. *Ibland finns det goda grunder för att en hel arbetsgrupp eller ett helt team bör gå på en gemensam utbildning.* Det gäller särskilt om man vill införa något slags genomgripande förändring på arbetsplatsen eller i arbetet i teamet. Ibland ligger det i arbetsgivarens intresse att all anställd personal genomgår samma utbildning eller att ett helt team gör det. Viss utbildning beordras därför alla anställda att delta i. Den är då naturligtvis bedömd som viktig i sig men är ofta i tidsmässig och kostnadmässig konkurrens med den utbildning som de enskilda anställda själva väljer att ansöka om. Det är inte givet att den kompetensutveckling som beordrats efteråt skapar en god större motivation hos de anställda så att de verkligen börjar använda sig av de nya kunskaperna på bästa sätt.

Kompetensutveckling hänger nära samman med *vilka medarbetare man lyckas rekrytera till Habiliteringen och hur dessa medarbetare därefter tas om hand.* Administrativa system som arbetstidsavtal påverkar rekryteringsmöjligheterna liksom arbetsmiljön, arbetsuppgifternas karaktär, organisationens lönesättning och andra sätt att *uppmuntra erfarenhet och kompetensutveckling hos medarbetarna.* De gäller även att *behålla medarbetarna och kompetensen inom organisationen.* En god lönepolitik kan vara ett medel till det vid sidan av andra belöningssystem.

Några viktiga frågor kring kompetensutveckling är: Hur tar var och en del av aktuell handikappforskning? Stimulerar Habiliteringen forskning och utvecklingsarbete kring funktionsnedsättningar och hur det är att leva med dessa? Finns det något systematiskt sätt på vilket kunskaper om forskningen förs ut i organisationen? Är kompetensutvecklingen för de enskilda ihopkopplad med en god löneutveckling inom Habiliteringen? Hur sker rekryteringen av nya medarbetare? Hur tas de nyanställda därefter om hand? Hur tar man till vara kompetensen hos de mest erfarna medarbetarna? Hur delar man med sig av sina kunskaper till varandra? Vilka möjligheter har organisationen Habiliteringen att stödja en god kompetensutveckling hos varje anställd? Bidrar Habiliteringens organisation sammantaget till en god kunskapsutveckling hos sina anställda?

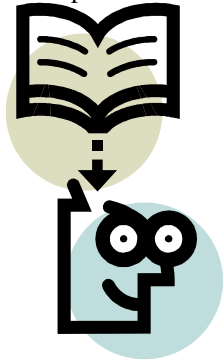
En hel del handikappforskning utförs inom sjukvården. Har Habiliteringen mötesplatser för kunskapsutbyte och kunskapsbildning mellan forskare, patienter och personal? Hur utvecklar man länkar till universitet och högskolor? Hur samarbetar Habiliteringen med olika forskningsinstitut, nationellt och internationellt?



En viktig fråga är *hur ny kunskap implementeras*, det vill säga förs in i *verksamheten, i organisationen* så att den nya kunskapen kan påverka stora delar i verksamheten. Det räcker sällan med att presentera nya riktlinjer för att ändra på praxis! (SBU, 2009). Ny kunskap måste ofta stötas och blötas, omformuleras och anpassas till lokala förhållanden. Om den förankringen saknas är det många riktlinjer som inte följs. En viss metod skall införas i ett visst system i en viss organisation. Tillämpningen styrs av behandlarens och patientens inställning liksom av samspelet dem

emellan. Att uppnå evidens kräver resurser för utbildning, diskussion och kritisk reflektion. Därmed tar det tid att uppnå evidens och ”produktion av goda habiliteringsinsatser”.

Den direkta utbildningen behöver följas upp med goda dialoger på arbetsplatsen och i teamen. Dessa dialoger kan bidra till en god förankring av den nya kunskapen i vardagsarbetet. En punktvis insatt utbildning av en hel arbetsgrupp eller en hel organisation måste följas upp kontinuerligt på olika sätt om utbildningen skall få några större effekter i organisationen. Uppföljningen kan exempelvis utföras genom reflektioner och tillämpningar på konkreta problem i habiliteringsteamets vardagliga arbete. Människor förändras inte bara av att ha fått lyssna på nya teoretiskt formulerade kunskaper. På varje arbetsplats är det viktigt att man uppnår en stämning i vilken man har ett generöst erfarenhetsutbyte.



Det finns en mängd kunskap som bygger på de erfarenheter man har fått genom hur man gjort i praktiken i olika arbetssituationer. Många erfarenheter är svåra att sätta ord på och mycket av det som fungerar i praktiken behöver man försöka förtydliga och förstå bättre i efterhand. Ibland finner man först lösningarna på olika problem och man förstår kanske först efteråt varför man lyckades uppnå det man gjorde. Man kan ofta utöva dessa erfarenheter praktiskt även om det inte är så lätt att sätta ord på den. Det är en viktig uppgift för en organisation att försöka sätta ord på den informella kunskapen och försöka förvandla den från informell till en mera förtydligad och kanske formell kunskap.

Det är chefernas ansvar att se till att medarbetarna inom Habiliteringen får en tillräckligt god kompetensutveckling. Man behöver även följa upp de enskilda medarbetarnas faktiska kompetenser och aktuella yrkesprestationer. I det arbetet innefattas att man identifierar kunskapsluckor hos olika anställda. Det är viktigt att kompetensutvecklingsplaner blir levande och verklighetsförankrade dokumentet som vägleder och ibland styr verkligheten. Det är även viktigt att de anställda har den faktiska kompetens man utger sig för att ha och som kanske även ingår i organisationens bild utåt av verksamheten.

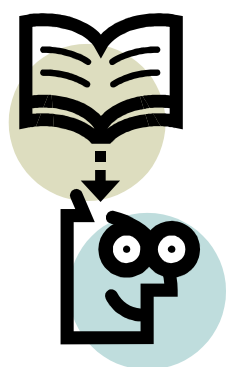
Medarbetarna behöver uppmuntras att skaffa sig kunskaper genom att lära sig ett slags problemlösningsprocess, ett kritiskt, vetenskapligt tänkande. Det innebär att man identifierar viktiga problemområden. Man försöker sedan observera, beskriva och avgränsa problem samt samlar in information. Därefter hämtar man in kunskaper om de problemområden man vill ta sig an. Man går igenom relevant litteratur om problemet. Sedan formulerar man mål för vad man skall försöka uppnå. Därefter väljer man metoder med vilka man tror sig kunna påverka problemet. I steget efter genomför man sina åtgärder och slutligen värderar, drar man slutsatser om utfallet av de insatta åtgärderna. Har man uppnått det som var tänkt – eller behöver man pröva något annat sätt att tackla problemet? Behöver målen omformuleras?

Oberoende av vad som ingår i kompetensutvecklingen, vilken inriktning den får och hur den genomförs tar den tid att uppnå. Den tar tid vid varje enskilt tillfälle och den tar mera långsiktigt tid. Den tiden behöver organisationen värdera, stödja, avsätta utrymme för och uppmuntra de anställda att ta sig. Då man söker ny kunskap är det också viktigt att man även behåller respekten för den gamla kunskapen. Det är förmodligen så att man inte tänkt hel fel tidigare även om man har anledning att ändra sitt sätt att se på hur arbetet skall utföras. Det finns alltid en risk för att man lite naivt går för långt åt ett annat håll då man försöker ”tänka nytt”. Som bäst kan gamla och nya kunskaper

sammanvävas på ett kreativt sätt. Ibland kan ny kunskap vända upp och ned på synen på världen. Men ny kunskap bygger oftast på traditioner från gammal kunskap. I vissa avseenden kommer vi kraftigt att omvärdera synen på det som vi tror på idag, det som vi kanske ser som självklart och som vi kanske ser på som kunskap med god evidens! Det finns alltid en lockelse att söka efter enkla och till synes effektiva metoder – men det finns också en stor fara i att avstå från egna tankar och reflektioner.

Svåra problem tar tid att lära känna och att arbeta sig igenom. Det tar tid att reflektera över det man gör, nyttan av det man gör och vad som kan och bör göras annorlunda. Det gäller inte bara att skaffa sig verktyg för arbetet utan det man gör måste på bästa sätt kunna möta patientens livserfarenheter utifrån en helhetssyn i bemötandet av patienten. Varje yrkesperson behöver ta vara sina och andras praktiska erfarenheter och lära sig att göra en yrkesmässig bedömning av varje enskild behandlingssituation. Ibland får man handla intuitivt och då får man granska det man gjort i efterhand.

Om en erfaren yrkesperson slutar på arbetsplatsen och i organisationen tar det oftast mycket lång tid att ersätta den personens totala yrkeskunnande. *Det är mycket viktigt att organisationen försöker lära känna, ta vara på och på bästa sätt använder sig av den kompetens man redan har hos sina anställda medarbetare.* Om en medarbetare inom organisationen slutar är det viktigt att avtacka den personen på ett bra sätt. Man behöver även ta del av den personens synpunkter på och kunskaper om hur organisationen fungerar för att lära sig av det. Den som slutar kan ofta se med viss distans på organisationen. Personen kanske vågar fritt delge sina reflektioner och är samtidigt en person som har goda kunskaper om hur verksamheten fungerar.



Organisationsutveckling/verksamhetsutveckling

Kunskapsutveckling ligger, som nämnts, nära utvärderingsarbete respektive organisationsutveckling, som ofta är en förutsättning för verksamhetsutveckling. Det finns en stark koppling mellan kompetensutveckling och verksamhetsutveckling. Kompetensutvecklingen behöver kunna bidra till förutsättningar för Habiliteringen att kunna förändras, kanske både organisatoriskt och i sina arbetsformer. Detta är nödvändigt för att Habiliteringen skall kunna möta framtiden och dess arbetsutmaningar. Kunskap förändras och förändras. Den kan förändra individen och den förändrar organisationen. Kunskapssynen förändras med tiden. Kunskap kan även komplicera. Den person som lär sig alltmer kring ett ämne inser ofta hur oändligt mycket mer det finns att lära i ämnet. Det är inte säkert att den person som blir allt kunnigare även blir allt säkrare i sin yrkesroll.

Om medarbetarna saknar tillräckliga direkta yrkeskunskaper kan detta inte helt kompenseras med att organisationen fungerar smidigt och att man samarbetar väl i det tvärprofessionella teamet. Ytterst har Habiliteringen ett antal yrkespersoner med fördjupade, specialiserade kunskaper inom ämnesområden av särskild betydelse för Habiliteringens verksamhet. Om Habiliteringens verksamhet fungerar väl och dessutom skall kunna förbättras handlar i stor utsträckning om *hur de tvärprofessionella teamen fungerar och utvecklas.* Varje medarbetare i teamen (och även övriga i organisationen) behöver bli trygg i vem man är inom organisationen, var man befinner sig i den och vad man har till uppgift att utföra. Alla i teamet måste känna till organisationens vision, de övergripande målen, den gemensamma värdegrunden och även teamets mål liksom – inte minst – målen i habiliteringsplanen för den enskilda patienten. *Utän kunskap om organisations mål på olika*

nivåer i organisationen spelar det ingen roll hur kunnig medarbetaren är i sitt yrke. Var och en är anställd för att göra nytta utifrån sin anställning.

Det finns ett uttryckssätt som säger att ett tvärprofessionellt team kan inte fungera bättre än sin svagaste länk. En grund för teamet vid dess fortsatta kompetensutveckling är att alla i teamet har en gemensam, av alla i teamet känd värdegrund och likaså en gemensam referensram för vad teamet önskar uppnå. Organisationen Habiliteringen behöver erbjuda ett klimat som är allmänt kunskapsfrämjande inom de områden som behövs för att man skall kunna erbjuda och genomföra goda habiliteringsinsatser.

Om en organisation skall kunna utvecklas måste åtminstone en del av dess anställda inklusive dess chefer ha förmågan att inte "drunkna" i det vardagliga löpande arbetet. Varje verksamhet behöver ha sina rutiner. Men varje verksamhet behöver dessutom regelbundet ifrågasätta, ompröva sina rutiner och försöka utveckla nya rutiner inom arbetsområden, som inte fungerar på bästa sätt. Första steget i en förändring av arbetssätt kan vara att kartlägga *hur* man arbetar inom organisationen och om man de arbetssätt som formulerats som önskvärda att personalen följer verkligen följs i praktiken. Inom varje verksamhet behöver man lyfta fram både vad som fungerar bäst och vilka arbetssätt man har anledning att ompröva. Man behöver dessutom hålla sig informerad om utveckling på andra håll och våga pröva nya idéer i verksamheten.

Numera försöker verksamheter ofta utveckla sig genom att anställda kan söka tid och pengar för och arbeta med olika slags ämnesavgränsade och tidsbegränsade *projekt*. Organisationen söker ofta utveckling av verksamheten genom så kallade *speciella förbättringsarbeten*. I projektform kan man pröva för att därefter utvärdera arbetsformer och arbetsmetoder som ännu inte är så etablerade i verksamheten. Sådana projektarbeten kan även bli ett slags kompetensutveckling av de anställda.

Nära kunskapsutveckling och organisationsutveckling ligger formulering av *visioner för verksamheten*. En verksamhet utan några genomtänkta och formulerade visioner har svårt för att utvecklas. Verksamheten som helhet behöver visioner liksom de enskilda medarbetarna. Alltför ofta genomförs organisationsförändringar utan att de anställda varit tillräckligt delaktiga i förändringen och utan att de anställda fått möjligheter att sätta sig in i och kunna påverka grunden till de föreslagna organisationsförändringarna. Alla anställdas engagemang behövs för att organisationsförändringen skall medföra en god utveckling av verksamheten. All förändring medför inte förbättringar av verksamheten.



Uppgifter att fundera över för dig som är anställd inom Habiliteringen:

Tycker du att du har tillräcklig kompetens för att klara av dina nuvarande arbetsuppgifter på ett bra sätt?

Finns det särskilda kunskaper du behöver fördjupa dig i för att kunna möta de arbetskrav som du redan nu kan se att framtiden kommer att bjuda på?

Vilka vägar ser du som naturliga att söka relevant kunskap inom vad gäller funktionsnedsättningar och hur det är att leva med funktionsnedsättningar?

Uppgifterna som du som är läsare får att fundera över i denna skrift syftar till att påverka din kunskapsutveckling vad gäller Habiliteringen och dess verksamhet. Har ditt sätt att ta dig an uppgifterna hittills bidragit till den kunskapsutvecklingen?

**Del 8: Habiliteringens verksamhet: Ideal och verklighet,
för närvarande och i framtiden**

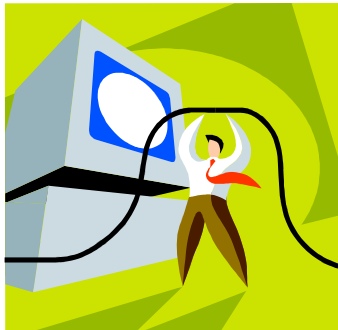
Ideal och verklighet – några exempel på habiliteringsverksamhetens inbyggda motsägelser och etiska konflikter

Inledning

Habiliteringen lever med motsägelser i form av att ett antal ideal skall gå ihop med verkligheten. Ett exempel på en sådan motsägelse är att patienten förväntas kunna fungera aktivt och självständigt. Hon eller han skall ha möjligheter till hög grad av delaktighet och stor påverkan av habiliteringens utformning. Men många patienter inom Habiliteringen är som följd av sina omfattande funktionsnedsättningar starkt beroende av och närmast helt utlämnade åt att personalen utför habiliteringsinsatserna på ett kompetent sätt, med gott omdöme och med en god etik.

Var och en har inte samma förutsättningar, samma förmågor att på egen hand kunna möta och hantera vårt stressfulla samhälle. Personer med omfattande funktionsnedsättningar lever med stor grad av brister i förmåga till självständigt handlande. De kan ha mycket svårt för att uttrycka hur de mår, vad de behöver för hjälp och hur de upplever att få den hjälpen.

Inom Habiliteringen arbetar man med många perspektiv och man utför yrkesinsatser på många nivåer. Arbetet är komplicerat och det inrymmer ibland motsägelser och etiska konflikter. Jag kommer att benämna några områden och ställa ett antal frågor som jag tror det är viktigt att man funderar över och diskuterar inom Habiliteringen.



Habiliteringens historik och normalitetsprincipen

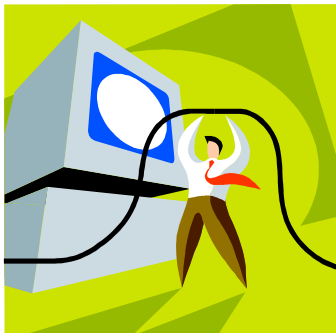
I inledningsavsnittet behandlades kortfattat Habiliteringens historik. Detta är en viktig historisk fråga att fundera över: Har Habiliteringen idag lyckats sammansmälta sina historiska rötter från omsorgstraditioner kring personer med utvecklingsstörning med rötter som kommit från verksamheter som mera är färgade av sjukvårdens (rehabiliteringsmedicinens och psykiatriens) sätt att se på, möta och hjälpa sina patienter?

Normalitetsprincipen har redan nämnts. Den innebär att personer med funktionsnedsättningar skall ses som vilka personer som helst i samhället. I samhället skall alla ha rätt att leva som *medborgare* med samma rättigheter och skyldigheter. Personer med omfattande funktionsnedsättningar har rätt att få särskilt stöd för att kunna uppnå och fungera med bra vardagsliv. Den hjälpen man kan behöva skall ges ute i samhället, i de miljöer personerna vistas. Normalitetsprincipen är viktig vid alla stödsatser för personer med funktionsnedsättningar. Den skall följas av alla i samhället och den gäller för alla människor i samhället.

De personer som tillhör Habiliteringen har samma behov som andra människor men de har i många avseenden större stöd- och hjälpbehov än andra människor. Många gånger ges den hjälpen på ett bra

sätt men inte alltid. Personer med utvecklingsstörning drabbas exempelvis betydligt oftare av psykisk ohälsa. Men trots detta får de personerna mindre specialiserad hjälp för sin psykiska ohälsa än den normalbegåvade befolkningen får. Vissa patientgrupper inom Habiliteringen har betydligt mer medicinska omvårdnadsbehov än andra människor. Men de förväntas för det mesta kunna få sin hälsovård tillgodosedd på samma sätt som andra personer, i första hand genom primärvårdens insatser.

De som har störst behov skall ha företräde inom vård – enligt den ovan nämnda solidaritetsprincipen. Men det är inte Habiliteringens uppgift att stå för all hjälp till personer med omfattande funktionsnedsättningar. Habiliteringen har nytta av om man lyckas förtydliga för andra vårdorgan och myndigheter att Habiliteringens uppgift är att vara en ”*plusresurs*”. Det innebär att Habiliteringen är en organisation som skall kunna ge *tilläggsstöd* för vissa grupper vid sidan av vad andra organisationer som erbjuder vård gör för de grupperna. Habiliteringen behöver förmodligen oftare formulera sig kring vad det innebär i praktiken att vara en ”plusresurs” till den hjälp som var och en, varje medborgare har rätt till i samhället.

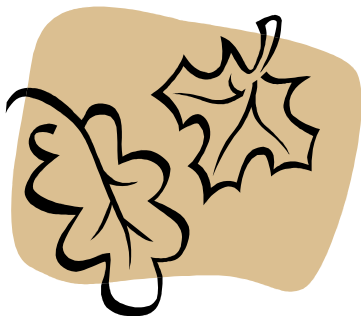


Habiliteringen och samhället

En del menar att hela samhället nu går mot ett ökat ohälsotänkande och en stigande tendens att behandla olika problem utifrån ett medicinskt perspektiv och med medicinska metoder. Allt fler problem i samhället betraktas som ohälsoproblem för vilka det kanske ändå inte finns en medicinsk behandling. Det är orimligt om allt fler samhällsproblem som människors ensamhet och utanförskap kanaliseras in i sjukvården.

Habiliteringen är inte snävt inriktad mot sjukvårdsinsatser. Habiliteringen skall snarast kunna erbjuda stöd i en mängd livssituationer. Men Habiliteringens insatser utförs av personalgrupper som upplever en ökande resursbrist, som är svårhanterlig för personalen. Det kanske är så att förväntningarna kring vad Habiliteringen skall kunna hjälpa till med ökar som en följd av att andra organisationer begränsar sina arbetsuppgifter kring personer med funktionsnedsättningar. Har Habiliteringen historiskt tagit på sig en alltför beskyddande roll som det varken är möjligt eller rimligt att man behåller?

Det är viktigt att Habiliteringens personal följer med i och ser till att vara kunnig i vad som händer i samhället och i samhällsutvecklingen. Habiliteringens personal behöver ständigt fundera över i vilket samhällssammanhang man arbetar. Det gäller att våga se den politiska verkligheten i stort och även vara kunnig och uppdaterad i vad de politiska beställningarna av Habiliteringen innehåller. Dessa beställningar skall styra verksamheten.



Etik i praktiken

Etiken har berörts tidigare i skriften. Etiken är moralens teori. Etik kan handla om gott och ont, rätt och fel. Moralen är etikens praktik. Den återspeglar hur människan handlar i praktiken. Vid varje val prioriterar man något eller några värden före andra. Då blir etiska regler redskap som kan vara till hjälp. Men arbetsverkligheten är ofta så komplicerad att personalen får svårigheter trots en etisk medvetenhet.

Habiliteringens målgrupper är visserligen (ofta) klart definierade. Men *att arbeta för mål som livskvalitet, största möjliga självständighet och delaktighet gör att många av de anställda inom Habiliteringen blir mycket osäkra i sina arbetsroller. Hur mycket skall man göra för varje patient och hurudana är insatserna när de kännetecknas av tillräckligt god kvalitet?*

Ett område som jag nämnt flera gånger och som ofta bjuder etiska problem är självbestämmande. Alla människor i vårt samhälle anses ha rätten att i stor utsträckning få bestämma över sina egna liv och att få leva självständigt, autonomt. Det är komplicerat för personer med omfattande funktionsnedsättningar att i hög utsträckning kunna och få bestämma själva i sina liv när de samtidigt är så beroende av betydande hjälpinsatser för att kunna få fungerande vardagsliv. Exempel på detta ges i en uppsats jag varit med om att skriva tidigare (Alveglim, Dolfe 2006).

Det är viktigt att Habiliteringen är en organisation som uppmuntrar regelbundna etiska diskussioner och att man inom Habiliteringen bland annat ingående diskuterar prioriteringsproblematik.



Bemötande av patienterna inom Habiliteringen, nu och i framtiden

Etik har mycket att göra med bemötandefrågor. Det goda bemötandet, som är grundläggande vid habiliteringsstödet, har benämnts och beskrivits ovan. *Hur kan personalen och patienten i praktiken mötas på samma nivå* då habiliteringsinsatserna utförs? Hur skall en person, som i vardagslivet behöver få mycket omfattande hjälp, samtidigt kunna bemötas som en kompetent och i många avseenden självbestämmande individ? Kan man verkligen mötas på ett jämlikt sätt vid habiliteringen?

Visas alla patienter inom Habiliteringen en djup respekt i alla situationer utifrån att de är medmänniskor?

Många patienter med omfattande funktionsnedsättning har stora kommunikationssvårigheter. De kan även ha stora svårigheter att kunna fungera självständigt och att kunna uttrycka sina behov tydligt. Det *riskerar att uppstå makt- och jämlikhetsproblem* då dessa personer erbjuds stöd. Det är oerhört viktigt att man hela tiden eftersträvar att de är så delaktiga som det någonsin är möjligt vid habiliteringen. Personalen behöver ständigt fråga sig vilka förutsättningar den enskilda patienten har att kunna göra egna val. Alla som omfattas av Habiliteringens stöd har rätt att bli lotsade och uppmuntrade utan att bli överbeskyddade. De får inte bli omyndigförklarade och barnsligt behandlade när de bemöts av personal som ger dem omfattande stöd i olika situationer.

Med bemötande menar vi ofta att två personer ser varandra öga mot öga. I samspelet kommunicerar de direkt med varandra. Framtiden kanske kommer att medföra förändringar. Kommer egenbehandling, exempelvis via Internet, att bli vanligare även för Habiliteringens målgrupper på samma sätt som den nu håller på att bli det för andra grupper i befolkningen? Hur skall man då kunna garantera det goda personliga bemötandet, de goda dialogerna, anpassningen till patienternas förutsättningar?



Det tvärprofessionella teamet – några frågor kring hur det fungerar i praktiken

Många yrkespersoner som arbetar i Habiliteringens tvärprofessionella team berättar om hur fantastiskt det kan vara att arbeta i ett team. Men de kan ofta även berätta om problem och samarbetssvårigheter som teamarbetet kan innehålla. Man får nog utgå ifrån att det är och förblir *en ständig strävan att försöka uppnå det på alla sätt välfungerande effektiva tvärprofessionella teamet*. Verkligheten regelbundet inrymmer komplikationer. Det finns en risk vid teamarbetet inom Habiliteringen att olika yrkespersoner vill hävda betydelsen av just de egna, individuella yrkeskunskaperna. Hur mycket kan och bör varje enskild yrkesperson i teamet få profilera sig i sin yrkesroll – samtidigt som man sin andra lojalitet mot det team man tillhör?

Ett team måste inrymma hög kompetens och medarbetare som kan fokusera på de viktigaste arbetsuppgifterna. Som beskrivits krävs god "coaching" av teamet. Man kan ställa en mängd viktiga frågor kring teamarbetet, exempelvis: Finns det möjlighet att utveckla en mera sammanhängande ideologi för Habiliteringens personal bortom de övergripande målen och de "självkla" etiska principerna? Borde det finnas en mer enhetlig referensram vid habiliteringsinsatserna? Kan man, på ett bra sätt, administrera det tvärprofessionella teamets insatser utan att det finns en klar ideologi och en

medveten referensram för det totala arbetet kring patienten? Kan en problemlösningsmodell, som Habiliteringen nu använder sig av i ökande utsträckning, stödja en helhetssyn i det praktiska arbetet?

Habiliteringens medarbetare skulle oftare behöva göra sammanställningar av omfattande journalmaterial. Det är många gånger inte lätt att finna vad som är ”den röda tråden” i insatserna trots att man kanske gjort väldigt mycket under lång tid för patienten. Habiliteringen kan, som nämnts, exempelvis beskriva sin verksamhet både inåt och utåt genom att oftare sammanställa ”typiska” fallbeskrivningar.

Alla som är anställda inom Habiliteringen vet att patienten kan behöva många yrkesinsatser. Men det är inte alltid som dessa samordnas så väl med varandra. Utvecklas Habiliteringens team så att lagandan i dem ständigt förbättras? Kanske man oftare borde använda sig av ett flödesschema för att kartlägga och styra hur och när olika yrkesinsatser kan och bör ges i tiden och med hänsyn till patientens behov och förutsättningar?



Resurser och patientbehov liksom köhantering inom Habiliteringens verksamhet

Inom detta område finns också en mängd viktiga frågeställningar, som behöver diskuteras ingående. Habiliteringen har hittills ambitionen att vara en verksamhet som för vissa målgrupper skall vara en verksamhet med hög tillgänglighet och åtkomlighet. Insatserna inom Habiliteringen har tills idag ofta erbjudits i patienternas hemmiljö.

Men inflödet av patienter till Habiliteringen tenderar nu att bli högre än utflödet, utskrivningarna av patienterna. Detta skapar med tiden en obalans som får direkt stora följder för personalens arbetssituation och på sikt för hela verksamhetens inriktning.

Habiliteringen måste hålla sig till de officiella ledtider som finns, i första hand vad gäller att erbjuda patienten ett nybesök. Men därefter kan patienten idag i praktiken ofta få vänta länge på fortsatta insatser. I praktiken tvingas habiliteringspersonalen nu allt oftare att införa remisstväng, att ställa ökande krav på remissunderlaget, att formalisera remisshanteringen och att prioritera hårt i det dagliga arbetet. Administrativa krav på ”effektiviseringar” av verksamheten blir ofta liktydigt med sparbetning i verksamheten. Kapacitetsbrist anses inte vara ett giltigt skäl till att avslå den hjälp patienten ber om.

På en övergripande nivå får Habiliteringen sitt uppdrag genom de politiska beställningarna. I framtiden kommer förmodligen de politiska beställningarna att styra Habiliteringens verksamhet alltmer. Det är viktigt att Habiliteringens personal gör det man fått pengar för att göra.

Hur tydliga och kända är verksamhetens mål för de anställda inom habiliteringen? Finns det bra kopplingar mellan habiliteringsplanernas mål och vad man förväntas arbeta för inom hela organisationen? För att det skall vara en meningsfull verksamhet *måste insatserna som utförs vara relevanta*, det vill säga av största betydelse för patienterna. Det måste även kännas *meningsfullt att utföra dem* – för de anställda. *Patientens hjälpbehov skall styra habiliteringsinsatserna*, som är

formulerade i habiliteringsplanen. Så långt som möjligt behöver den förankras hos patienten eller dennes företrädare. Men personalen hinner inte möta alla de behov som patienten uttrycker och alla de förväntningar som man möter från patienter och deras anhöriga.

Att upprätta köer är i sig ingen tillräcklig lösning. Men köer kanske kan förtydliga och medvetandegöra för de politiska beställarna att Habiliteringen har svårt för att räkna till för att tillräckligt kunna möta patienternas behov. Patienterna har rätt till yrkesinsatser som är rättvist fördelade även då verksamheten har kölistor.

Prioriteringar

Det är viktigt att formulera så objektiva kriterier för prioritering som det är möjligt att göra. Man behöver formulera principer kring vilka patienter som skall få hjälp och i vilken ordning de får hjälp samt vilka insatser Habiliteringen väljer att utföra enligt sin prioriteringsordning.

Prioriteringarna i det dagliga arbetet styrs av en mängd faktorer. Samhället har satt upp vissa riktlinjer för prioriteringar och dessa skall följas inom alla verksamheter som utför vård. Personalen inom Habiliteringen skall exempelvis prioritera personer med starkt nedsatt förmåga till självständigt fungerande. Detta gäller ofta för personer med flerfunktionshinder. Patienter kan även på en annan diagnosgrund ha en mycket komplex problematik, som gör att de bör prioriteras. Behov av tvärprofessionella insatser är en vanlig prioriteringsgrund. Personalen skall utföra insatser om patientens hälsa riskerar att starkt försämrans om insatserna uteblir.

I praktiken vägs vid prioritering dessutom in sådant som hur utsatt den individuella patienten är i sin livssituation vad gäller grundläggande behov, social isolering, vilket nätverk som finns kring henne eller honom, om det finns barn inblandade kring patienten, hur mycket patienten lider i sin situation och om Habiliteringens insatser kan förväntas göra nytta för patienten. Ibland prioriteras patienten på grundval av sin ålder även om det inte är helt utsagt att man bör göra så.

Många patienter förs vid 18 års ålder över från barn- och Ungdomshabiliteringen till Vuxenhabiliteringen. Skapar Barn- och Ungdomshabiliteringen, som arbetar med färre patienter, stora förväntningar som Vuxenhabiliteringen får svårt att förvalta i den fortsatta habiliteringen? Vilka patienter kan Habiliteringen rimligen skriva ut efter kortare stödinsatser? Prioriteras rätt grupper och individer idag i Habiliteringens verksamhet? Vilka patienter är antagna och inskrivna länge inom Habiliteringen idag?

Många personer med funktionsnedsättningar har, som nämnts, i ökad utsträckning fått psykisk ohälsa. När övergår svårigheter i vardagslivet till att bli så betydande psykisk ohälsa att den specialiserade psykiatrin får ett behandlingsansvar för personer som i vanliga fall får allt sitt stöd inom Habiliteringen?

Ökande krav och en större medvetenhet hos vissa patientgrupper om vad man vill ha hjälp med

Kunskaper om rättigheter och vad man kan få för stöd har ökat i samhället och hos enskilda patienter. Vissa patientgrupper, som personer med Aspergers syndrom, har större möjligheter än många andra patientgrupper att kunna formulera sina förväntningar på personalen. Patientorganisationerna kan även ställa berättigade krav för sina målgrupper utifrån vad de ser att personerna i de målgrupperna har för behov av hjälp. *Alltför ofta får efterfrågan av insatser styra för mycket på bekostnad av att det är svårare att bedöma hur stora faktiska hjälpbehov patienterna har.*

Yrkesinsatserna som erbjuds blir i praktiken ofta glesare för patienter med neuropsykiatrisk problematik än de patienterna önskar och kanske även glesare än vad personalen tycker vore önskvärt. Det har ibland visat sig framgångsrikt att erbjuda "ett startpaket" för alla personer som antagits vid

Habiliteringen under den senaste tidsperioden inom en viss diagnosgrupp, ex. Aspergers syndrom. Det har ofta visat sig vara värdefullt och tidseffektivt att erbjuda en sådan grundhjälp. Utifrån den grundhjälpen kan den enskilda individen därefter ta ställning till och eventuellt be om den fortsatta hjälp som är viktig att få just för den personen.

Många patienter skrivs idag ut från Habiliteringen efter en tidsperiod om de målstyrda insatserna utförts och då patienten inte har några aktuella hjälpbehov. Om patienten får nya behov av Habiliteringens hjälp får patienten återinskrivas. Detta kan vara i praktiken senare bli en ganska byråkratisk process för patienten att bli antagen för att få stöd genom nya insatser.

Habiliteringen behöver förtydliga beskrivningen av sin verksamhet

Det tar oftast lång tid att uppnå goda kvalitativa insatser inom Habiliteringens verksamhet. Det är viktigt att organisationen inte bara kvalitetssäkrar med kvantitativa mått som är lätta att registrera men som egentligen ofta säger väldigt lite om verksamhetens kvalitet. Att man exempelvis talar hur många patienter man arbetar med och hur många habiliteringsplaner som formuleras uttrycker föga om verksamhetens innehåll och kvalitet. Kortsiktiga effekter är ofta enklare att fastställa men de säger ofta inte så mycket om patientens totala verklighet. Det är, som nämnts, samtidigt oftast svårt att avgöra om långsiktiga effekter egentligen uppnåtts just genom habiliteringsinsatserna.

Habiliteringen försöker numera göra noggranna problembeskrivningar och preciserar så tydligt det går vilka problem man försöker lösa med den hjälp som erbjuds. Vid antagningen av patienter ställer man, som nämnts, ökade krav på remissers innehåll.

I många fall blir arbetsuppgifterna inom Habiliteringen nu mera avgränsade, tidsbegränsade och utförda av en yrkesperson i stället för av flera yrkespersoner i ett tvärprofessionellt habiliteringsteam. Så var det inte riktigt tänkt från början. Sådant som motivationsarbete, att nå patientens vilja och drivkrafter till förändringar som är bra för henne eller honom, riskerar klart att bli lägre prioriterat redan nu och kanske än mer i framtiden.



Vad slags delaktighet får patienten i praktiken då Habiliteringens personal erbjuder och utför sina yrkesinsatser?

Habiliteringens patienter har rätt att vara delaktiga i planeringen och genomförandet av olika stödinsatser. En särskild och stor svårighet är att en (mycket) hög andel av Habiliteringens patienter har utvecklingsstörning (begåvningshandikapp) som funktionsnedsättning. Det medför att de patienterna har intellektuella svårigheter att förstå komplicerade, abstrakta uppgifter, särskilt då de uppgifterna är språkligt formulerade.

Personalens ambitioner är att patienten skall ha ett stort inflytande över hur stöd- och hjälpinsatserna utformas. I praktiken får Habiliteringen många gånger föra sina dialoger med företrädare för de

personer med funktionsnedsättningar som har störst svårigheter att kunna uttrycka sina egna behov och att förstå hur man kan ha nytta av personalens hjälp.

Patienternas verkliga, faktiska möjligheter till medverkan i utvärderingen av de genomförda insatserna

Patienterna skall även ha goda möjligheter att medverka i den direkta utvärderingen av verksamheten. Hur går då detta ihop med patienternas faktiska förutsättningar att kunna förstå och ta ställning till olika frågor man får i samband med utvärderingen? Vid utvärdering av en verksamhet förväntas ofta att den som är med och besvarar frågor vid utvärderingen kan särskilja väl mellan olika utförda insatser, Den svarande personen förväntas kunna göra jämförelser av olika slag. Patienten kanske får till uppgift att väga ihop betydelsen av olika utförda yrkesinsatser. Hon eller han förväntas komma ihåg när och varför personalen gjorde som man gjorde. Hur skall personen med en utvecklingsstörning kunna hålla isär vad personalen gjort från om åtgärderna medfört det som patienten önskat? Att utvärdera hur någon upplevt den hjälp man fått är lättare än att utvärdera hur hjälpen genomförts och framför allt vad den lett till. Vilken tillförlitlighet finns i resultaten patienter med stora kognitiva svårigheter är med och utvärderar verksamheten? Patientens kognitiva svårigheter kan behöva mötas med mycket enkla utvärderingsuppgifter. Vilka nyanserade utvärderingsmöjligheter finns kvar om man i mycket stor utsträckning får förenkla de frågor man kan ställa till patienterna och de uppgifter som kan ges vid utvärderingen?

Inom Barn- och Ungdomshabiliteringens verksamhet har man föräldrarna som en naturlig samtalspartner. Inom Vuxenhabiliteringens verksamhet kan det vara svårare att veta hur man skall gå till väga vid utvärderingen. Den unge bör naturligtvis med ökande ålder även vara med vid utvärderingsdiskussionerna. Många vuxna personer med omfattande funktionsnedsättningar är mycket beroende av att ha tillgång till olika yrkespersoner som skyddsnet i vardagslivet (personliga assistenter, boendestödjare m.fl.). Ibland innefattas uppfattningar från dessa i utvärderingen.

Patienterna inom Habiliteringen har många gånger begränsade möjligheter att lämna ”feed-back”, att komma med sina synpunkter, att ge återkoppling till personalen, åtminstone om frågeställningarna och frågorna inte förenklas. Det är svårt men mycket angeläget att finna bra sätt att anordna patientutvärdering inom Habiliteringen. Utvägen kan i vissa fall vara att utvärdera genom olika företrädare som gode män, personal och anhöriga. Men det är inte alltid som dessa så väl kan bedöma yrkesinsatserna som erbjudits.

Man behöver, som jag gett exempel på ovan, använda sig av olika former av kompletterande utvärdering. I annat fall är det inte möjligt att både ta till vara patienternas, de anhörigas, nätverkets samt Habiliteringens anställdas synpunkter. Utvärderingen som patienten deltar i måste innefatta en mängd aspekter i patientens vardagsliv. Ingenting får på förhand ses som alltför trivialt för att vara värt att utvärderas!



Uppgifter att fundera över för dig som har en anställning:

Hur mycket diskuterar man på din arbetsplats kollisioner mellan verksamhetens ideal och den praktiska verkligheten, som begränsade resurser i förhållande till ambitionerna inom verksamheten?

Hur ser du på utvärderingsmetoderna som används på din arbetsplats?

I vilken riktning förändras Habiliteringens verksamhet?

Tankar kring några aktuella begreppsförskjutningar inom handikappverksamhet

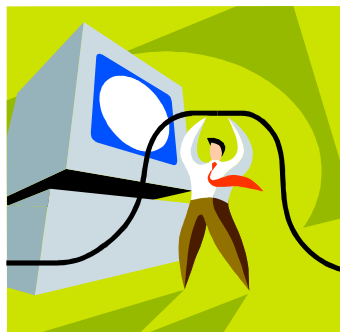
Det håller på att ske begreppsförskjutningar inom Habiliteringen. Insatserna inom Habiliteringen utförs numera oftare enligt samhällets hälso- och sjukvårdslagstiftning (HSL) än enligt Lagen om stöd och service åt vissa funktionshindrade (LSS). Innebär detta att det med tiden sker en ideologisk förskjutning så att traditionerna från omsorgsarbete med personer med utvecklingsstörning förtunnas i verksamheten?

Habiliteringen sorteras in i och administreras som landstingsverksamhet. Landstingen har i första hand ett huvudansvar för sjukvårdsverksamheter. *Habiliteringen* är i det sammanhanget en ganska udda verksamhet med *en delvis annorlunda kultur jämfört med sjukvårdens. Kommer den kulturen att bestå?*

I stället för ordet anhöriga används nu oftare ordet närstående. Begrepp som handikapp och funktionshinder skall helst inte användas längre. Handikappbegreppet togs bort då det upplevdes vara en egenskap hos en person. Men är det inte förskönande då man säger att handikappet huvudsakligen är miljörelaterat? Kan miljön någonsin helt motverka att en mycket omfattande funktionsnedsättning medför ett betydande funktionshinder?

En person som benämns som brukare har kanske setts som mer aktivt påverkande sin situation än en person som förknippas med begreppet patient, en benämning som tidigare använts mest inom sjukvården. Men nu har patientbegreppet införts som benämning för personer antagna inom Habiliteringen och Habiliteringens insatser kallas ofta för åtgärder.

Vad finns det för verkligheter bakom användningen av olika ord? Vad vill man säga med valet av begrepp? Spegelar valen förändringar som redan skett eller speglar ordvalen en önskad attitydpåverkan?



Några frågeställningar kring särarten i Habiliteringens nuvarande verksamhet

Vi kan idag konstatera att Habiliteringen i Sverige har delvis olika inriktning i olika delar av landet. Habiliteringen har idag ingen enhetlig policy i sin verksamhet. Vid vissa Habiliteringar ger man exempelvis handledningsstöd åt personalgrupper kring personer med omfattande funktionsnedsättningar. På andra ställen anser man att det är arbetsgivarens, det vill säga ofta kommunens eller kooperativets, uppgift att ge sådant stöd. Kommer Habiliteringens verksamhet i framtiden att styras tydligare av nationella dokument som gäller i hela landet?

Habiliteringens nuvarande ambition att man skall försöka stödja patienternas vardagsliv är en mycket hög verksamhetsambition. Man försöker arbeta för att patienterna får ökande förutsättningar och möjligheter att leva goda vardagsliv som personerna är nöjda med. Detta är en ovanlig ambition bland verksamheter som erbjuder vård även om helhetssynen officiellt eftersträvas även inom sjukvård, i socialtjänst med flera verksamheter. Helhetssynen riskerar alltid att bli mer ord än verklighet. Kommer Habiliteringen att klara av att i framtiden behålla en uppmärksamhet och en inriktning mot hela patientens liv och patientens livskvalitet? Det kan bli en överväldigande uppgift för habiliteringspersonalen att ha kvar livsperspektivet eftersom personalen inom Habiliteringen vet om och upplever hur begränsade resurser man har till förfogande för att utföra sina omfattande arbetsuppgifter. Man förväntas dessutom arbeta stödjande i patienternas hemmiljö, vilket är extra tidskrävande och det är många personer som behöver Habiliteringens stöd samtidigt.

Patientens lagstadgade rättigheter ställs nu alltmer mot den praktiska verkligheten, som bland annat innefattar att personalen upplever sig ha bristfällig tid för sina yrkesinsatser. Habiliteringen har idag ofta en långsiktig ambition i sina insatser och för en del patienter är insatserna varaktiga för hela livet. Men i princip skall personalen bara arbeta med det som finns formulerat i den aktuella, ofta problemfokuserade och habiliteringsplanen som beskriver avgränsade planerade insatser. I praktiken blir det ofta svårt att inte göra en del avvikelser från planen. Styrningen genom planen kan ibland upplevas som stelbent av personalen.

Habiliteringen försöker motverka sin otydlighet genom att i ökande utsträckning arbeta med problemprecisering och problemlösning. Man genomför, som benämnts, ”åtgärder” med sina yrkesinsatser. Om detta tänkande låter sig förenas med att man fortfarande har en helhetssyn i arbetet och en inriktning mot patientens hela liv får framtiden utvisa.

Habiliteringen och habiliteringens personal har således mycket stora ambitioner. Men *vad kan Habiliteringen och yrkespersonerna inom Habiliteringen egentligen påverka i patientens livssituation i stort?* Habiliteringens personal deltar egentligen bara i en mycket begränsad del av den funktionshinderade tillvaro. Habiliteringen är mycket beroende av samhällsförhållanden och samhällsförändringar, exempelvis en förändrad lagstiftning och olika socialpolitiskt inriktade beslut. Habiliteringen är beroende av vad som händer personen i dennes privata värld utanför Habiliteringens värld. Framgångarna vid habiliteringen kanske många gånger beror på faktorer som Habiliteringens personal inte kunnat eller kan påverka alls med sina yrkesinsatser. På samma sätt kanske patienten har förväntningar som Habiliteringens personal inte kan uppfylla. Om man ger en god habilitering men ändå inte kan påverka så mycket, har målen man då arbetat för varit orealistiska?

Habiliteringen är redan på väg mot att man i ökande utsträckning försöker definiera problem för att mera avgränsat arbeta med dem i tidsbegränsade men kanske upprepade insatser i olika tidsperioder. Verksamheten söker efter vägar att ge behandling i grupp. En ökande del av stöd- och behandlingsinsatserna kanske kommer att ges i gruppform i framtiden. Detta i sig kan ha positiva bieffekter. *Det är nog realistiskt att räkna med att Habiliteringen i framtiden alltmer kommer att delta under en eller flera tidsmässigt avgränsade perioder, med begränsade stödinsatser och i en begränsad del av den funktionsnedsatta personens liv.* Det gäller kanske särskilt vid stödet av vuxna personer med funktionsnedsättningar. Ett sådant stöd kan ändå vara av mycket stor betydelse, framför allt för hur personerna kan ha det i sina vardagsliv.

En aktuell styrningstendens kan konstateras i form av att Habiliteringen idag får en viss budgetersättning genom målrelaterad ersättning. Ersättning kan exempelvis betalas ut om mål uppnås inom användningen av arbetstiden till direkt patientarbete, om man har (definierat) godtillgänglighet för patienterna, om patienterna är nöjda med insatserna och om insatserna kan bedömas vara av hög medicinsk kvalitet. Ett budgetavdrag kan göras om Habiliteringen inte uppnår ett visst politiskt uppsatt mål. Ett sådant konkretiserat mål kan exempelvis vara att det skall finnas habiliteringsplaner för minst 80% av patienterna som är antagna inom Habiliteringen. Kanske kommer systemet med målrelaterad ekonomisk ersättning att utvidgas i framtiden. I så fall kommer det klart att kunna styra inriktningen av Habiliteringens verksamhet alltmer.

Det är många gånger inte lätt att förena helhetssynen och patientfokuseringen med sökandet efter evidenta behandlingsmetoder. Är det över huvudet taget möjligt (och önskvärt?) att personalen vid Habiliteringen har kvar sina ambitioner att erbjuda insatser från Habiliteringen, vid behov, livet ut?

Patienterna inom Habiliteringen uppfattar inte alltid de specifika professionella insatserna som särskilt viktiga. Patienterna vill möta personer som är intresserade av att lära känna dem och deras liv. Patienterna vill bli sedda som unika personer och inte huvudsakligen som personer med funktionsnedsättningar.

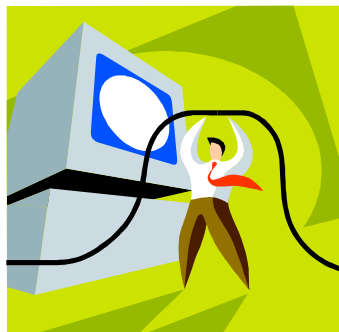
Några viktiga frågor är bland andra följande: Kommer Habiliteringen att (vilja och kunna) bevara sin särart i framtiden? Hur kommer verksamhetens inriktning att styras av nya handikappolitiska direktiv? Vilka är Habiliteringens organisatoriska framgångsfaktorer idag och i framtiden? Vad gör att Habiliteringens verksamhet kan bli riktigt bra för de personer som Habiliteringen är inrättad för?



Uppgifter att fundera över:

Tror du att vi nu uppnått ett samhälle i personer med omfattande funktionsnedsättningar känner sig vara fullt delaktiga och betydelsefulla?

Finns det samhällsförhållanden som du ser som särskilt viktiga att förändra för att det skall bli (ännu) bättre i vårt samhälle för personer med omfattande funktionsnedsättningar?



Får Habiliteringen nya målgrupper/patientgrupper i framtiden?

Kommer Habiliteringen att få nya målgrupper i framtiden? Men jämna mellanrum tillsätts statliga utredningar och dessa kan komma att påverka samhällets inställning i dessa frågor.

Rent statistiskt, mättekniskt genom hur utvecklingsstörning definieras, finns det i samhället betydligt fler, kanske upp till fyra gånger så många, personer med utvecklingsstörning jämfört med dem som idag administrativt identifierats som utvecklingsstörda. Dessa personer har rätt enligt LSS till stöd från Habiliteringen. Vad skulle hända om betydligt fler personer med diagnosen utvecklingsstörning sökte sig till och önskade insatser från Habiliteringens sida? Kommer Habiliteringen i framtiden att försöka nå fram till alla människor som tillhör dess målgrupper och som kanske har aktuella större behov av habilitering och hjälp av Habiliteringens tvärprofessionella team?

Vi lever idag i ett samhälle som genomsyras av en neuropsykiatrisk trend. Vad betyder det för diagnostiken vilka glasögon diagnostikern har? Är exempelvis diagnosen Aspergers syndrom klart avskiljbar från ett flertal andra psykiatriska och neuropsykiatriska diagnoser?

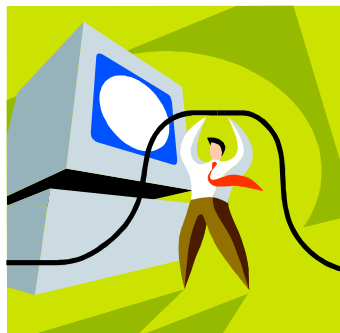
Det finns ett stort antal personer med blanddiagnoser (sammansatta diagnoser) som idag tas om hand inom kriminalvården. En del av dessa personer hör begåvningsmässigt hemma på gränsen till utvecklingsstörning. En kombination av olika diagnoser, exempelvis lindrig utvecklingsstörning eller svagbegåvning, ADHD, psykisk ohälsa, beteendestörning, missbruk kan medföra att en persons faktiska svårigheter att fungera i vardagslivet blir extremt stora. En neuropsykiatrisk problematik, exempelvis svåra ADHD-symptom, eller en diagnos innefattande en allvarlig personlighetsstörning kan innebära att dessa personer behöver få mycket mer omfattande hjälp än den hjälp som ges idag. Det finns många personer som just med hänsyn till sina *kombinationer* av funktionsnedsättningar behöver omfattande stödinsatser. Vissa av dem borde kanske i större omfattning vara berättigade till Habiliteringens insatser?

Kommer man i framtiden att ge stöd åt nya målgrupper på bekostnad av det stöd som idag ges åt andra grupper? Kommer Habiliteringen att få ompröva användningen av sina resurser för att räcka till för allt fler personer med neuropsykiatriska störningar?



Uppgift att fundera över:

Har du i ditt arbete mött någon patientgrupp som för närvarande inte tillhör Habiliteringens målgrupper men som du anser borde göra det? Motivera gärna ditt svar!



Tillgänglighet i framtiden och behov av ökad samverkan mellan Habiliteringen och andra

Ingenting tyder på att resurserna inom Habiliteringen håller på att öka eller kommer att öka inom de närmaste åren. Kommer Habiliteringen i framtiden ändå att kunna vara en verksamhet med hög tillgänglighet? Utformas den så att patienterna har lätt att komma intill dess insatser? Verksamheten inom Habiliteringen har redan idag, som skildrats ovan, ökande problem med växande köer. Alla patienter som kallas in finner sig inte ändå inte vid sina uppsatta besökstider. Det finns krav på en tillgänglighet för patienterna som påminner om hur man resonerar inom den allmänna hälso- och sjukvården. Inom vissa Habiliteringar ger man inte insatser för de personer som bor i kommunernas gruppboistäder eftersom man anser att kommunerna själva (enligt LSS) har ett särskilt ansvar för de personerna.

Kommer Habiliteringens insatser i framtiden att vara väl tillgängliga för patienterna? Man kan exempelvis ta reda hur långa väntetiderna är för patienterna och om patienterna har tillgång till kompetent personal. Kommer Habiliteringens insatser att vara lätt åtkomliga? Det handlar exempelvis om besöksavgifter och geografiska avstånd till hjälpen. Kan man kompensera svårigheter med väntetider för besök med att organisationen Habiliteringen erbjuder just sina målgrupper en hög telefontillgänglighet?

Även om Habiliteringen har problem att möta alla förväntningar och att utföra sitt uppdrag i tillräcklig omfattning är det viktigt att inför patienterna inte i första hand informera om vad man *inte* hinner göra på grund av köerna. Istället behöver man *framhålla det stöd som är möjligt att erbjuda med de resurser man har inom Habiliteringen*.

Personer med autismspektrumstörning diagnostiseras numera i större utsträckning i samhället. Förr hamnade säkerligen en hel del av dem inom psykiatriska vårdverksamheter och då under andra etiketter eller diagnoser. Habiliteringen noterar nu ett ökat tillflöde av patienter och möts av växande förväntningar från patienterna. Dessa förväntningar skall mestadels klaras av med oförändrade personalresurser. Habiliteringen måste kanske i framtiden ändra på typen av habiliteringsinsatser man använder sig av, vilka patienter som i första hand får del av insatserna och hur personalresurserna organiseras och fördelas. Kanske behövs i framtiden en habiliteringsorganisation med mer åldersobundna team, som får till uppgift att ta sig an vissa högre prioriterade patientgrupper – som de mest utsatta?

Behov av ökad samverkan

Habiliteringen bör kanske i framtiden välja att försöka utveckla sin samverkan mer med andra vårdenheter. Många vårdenheter försöker idag avgränsa sitt ansvar och sina arbetsuppgifter mot andra verksamheter. Men alla verksamheter bär ett slags gemensamt ansvar för att de mest utsatta, bland annat personer med omfattande funktionsnedsättningar, inte tappas bort ”mellan” olika vårdaktörer och myndigheter. Arbetet med att formulera vårdprogram har benämnts ovan. Samverkan med den specialiserade psykiatrins olika verksamheter är ett ständigt angeläget men även problematiskt arbetsområde. Samverkan med kriminalvården kanske borde utvidgas betydligt. Men hur kommer en eventuellt ökad samverkan med andra myndigheter och organisationer som erbjuder vård att påverkas av den ökande problematiken med köer? Vem är beredd till att avsätta tid för besök med träffa patienterna?



Remisser, köer och vårdavgifter i framtiden

Vissa Habiliteringar inför nu remisstvång. Vad får det på sikt för följder om eller när Habiliteringen kräver remisser och får alltför många köer? I dessa köer använder man sig ibland av förtursskattningar. Finns det några patienter för vilka man inte skall kräva remisser? Vilka patienter riskerar att utestängas från stödinsatser vid köbildning?

Patienternas behov av insatser måste alltid vara grundläggande vid habiliteringen. Men kan man finna tilläggsriterier som stöd för hur man skall prioritera i sina habiliteringsinsatser? Kan man finna sammanfattande (kognitiva?) mått med vilka man kan beskriva den enskilda patientens svårigheter att

kunna fungera i sitt vardagsliv? Hur långvariga kontakter får Habiliteringens personal ha med sina patienter i framtiden? Bör man ge vissa typer av insatser snabbt men framför allt ha köer för långvarig eller intensiv behandling? Hur många sådana behandlingar har man i så fall utrymme för inom verksamheten? Kan man effektivisera verksamheten? Blir den exempelvis mer effektiv om man inför en mera specialiserad teamindelning och en teamindelning som inte arbetar så bestämt med antingen barn/ungdomar eller vuxna personer?

Det är viktigt om man har remisskrav att hanteringen av remisser och kösystem hanteras med rättvisa och på sakliga grunder. Kan man i prioriteringarna behålla sina traditionella ideal som hämtats från den officiella politiken i handikappfrågor i Sverige? Det kanske är möjligt att söka objektivt fastställda prioriteringsgrupper av patienter. Det kanske är möjligt att fastställa vissa problem som ses som mer angelägna än andra. Insatsernas omfattning i tid måste fastställas tydligt. Villkoren för att en patient skall bli antagen inom Habiliteringen måste vara tydliga. Remisshanteringen måste överensstämma med de politiska intentioner som styr verksamheten. Remisshanteringen avspeglar även Habiliteringens ambitionsnivåer och Habiliteringens personalresurser i förhållande till sitt uppdrag. Remisshanteringen blir en form av kvalitetssäkring av verksamheten.

Vuxenhabiliteringen har nu, åtminstone på vissa orter, infört vårdavgifter. Detta har man politiskt bestämt även om det är känt i samhället att personer med omfattande funktionsnedsättningar ofta lever under sämre materiella villkor än befolkningen i övrigt i genomsnitt gör. Vad betyder det att en del Vuxenhabiliteringar nu infört besöksavgifter för personer och grupper som vi tidigare uppfattat som de svagaste i samhället? Kommer patienterna ändå till besök på Habiliteringen eller avstår de i ökad utsträckning från att söka hjälp?



Habiliteringens framtida profil, identitet och image

Habiliteringens personal nämner ofta att man är med patienten en mycket liten andel av dennes vardag medan det kan finnas andra yrkespersoner som är nära patienten under långt mer omfattande tid. En konsekvens av det kunde vara att Habiliteringen mycket går in för att stödja omgivningen kring patienten, med konsultativ hjälp, med handledning, med utbildning, med rådgivning i speciella frågor etc.

Det finns naturligtvis ingen motsättning mellan att träffa patienter och att stödja personalgrupper. Men man kan fråga sig om Habiliteringen av tidsmässiga skäl bör, i betydligt större utsträckning, ägna sig åt att stödja och ge kunskaper åt personalgrupper för att insatserna skall kunna nå ut till tillräckligt många av dem som skrivs in vid Habiliteringen. För vissa patientgrupper är det dessutom svårt att nå så långt med direkta patientinsatser utan stöd åt och påverkan av personalen kring patienterna kanske är den mest effektfulla hjälpen Habiliteringen kan ge.

Vilken bild får personer utanför Habiliteringen av hur Habiliteringen fungerar i praktiken? Stämmer den bilden med Habiliteringens egna ideal? Är exempelvis Habiliteringen fortfarande en verksamhet som uppfattas ha en hög tillgänglighet? Hur kommer Habiliteringen att försöka profilera sig i framtiden?

Vilka visioner har Habiliteringen nu och inför framtiden? Visionerna behöver föras ut i hela organisationen. De behöver dessutom diskuteras ständigt för att inte bara bli tomma ord eller plattityder. Habiliteringen skall enligt sitt nuvarande samhällsuppdrag vara *en specialistorganisation (på länssjukvårdsnivå) eller en organisation som erbjuder yrkesinsatser på specialistnivå*. Det innebär att personalen förväntas ha utvecklat ett särskilt och fördjupat kunnande inom vissa ämnesområden kring funktionsnedsättningar och hur det är att leva med funktionsnedsättningar. Det kan även uttryckas som att man inom Habiliteringen ägnar sig åt särskilda, specifika arbetsuppgifter just kring personer med funktionsnedsättningar.

Kan Habiliteringen i framtiden förbli en specialistorganisation – och har den i så fall ambitioner och resurser att förbli det? Förutsättningen för att ha en specialistorganisation är att de anställda har en god kompetens och att de dessutom får goda förutsättningar för en fortsatt kompetensutveckling. Medlen för extern utbildning, som är en viktig del av en kompetensutveckling, är nu helt otillräckliga inom Habiliteringen. Den personal som idag nyrekryteras för att arbeta inom Habiliteringen har ofta kortvarig yrkeserfarenhet och personalomsättningen inom Habiliteringen har varit hög under senare år, särskilt för yrkesgrupper som psykolog och logoped. Detta skapar problem i verksamheten.

Hur lång tid tar det att utveckla ett specialistkunnande? Hur skall man lyckas med det om man ständigt har rekryteringssvårigheter i vissa yrkesgrupper, om personalomsättningen är hög och man dessutom har otillräckligt med resurser för att stödja en god kompetensutveckling? Vilka sätt kan man totalt finna och utarbeta för att utveckla kompetensen hos medarbetarna och hos organisationen som helhet?

Det finns en risk för att Habiliteringen i framtiden får en ”profil” som skiljet sig från de anställdas ”identitet”. Habiliteringen går ut med, ger en image av att man har ett specialistkunnande. Men många av dess (ny)anställda kanske känner en osäkerhet och inte upplever sig vara några specialister. Det finns även en fara för att man då inte kommer att kunna utföra sina arbetsuppgifter med den kunnighet och säkerhet som man förväntas vara kompetent till. Då kanske inte heller Habiliteringens ”image” stämmer med dess profil!

Kommer Habiliteringen i framtiden att erbjuda sina mest erfarna anställda tillräckliga karriärvägar så att dessa anställda stannar kvar inom organisationen? Konkurrensen med andra arbetsgivare håller på att hårdna. Arbetslivet präglas inte längre av att det är viktigt att vara lojal mot arbetsgivaren genom att stanna kvar på samma arbetsplats. Tvärtom uppmanas numera de anställda ofta av sina fackförbund att byta arbetsplats, bland annat för att kunna påverka sin löneutveckling.

Habiliteringen som organisation behöver nå fram till förtydliganden kring sin verksamhet: *Vad är det man sammantaget försöker uppnå med sina insatser? Vilka mål för verksamheten och för organisationsutvecklingen sätter man idag upp inom Habiliteringen?* Det räcker inte med att bara ha uppsatta mål i de politiska beställningarna och individuellt formulerade mål enligt habiliteringsplanerna för de patientinriktade insatserna. *Vilka arbetsformer* bör man använda sig av i teamet för att uppnå det man eftersträvar? *Hur mycket* bör varje teammedarbetare göra av det hon eller han gör? *Vad skall man göra kortsiktigt och vad eftersträvar man långsiktigt inom verksamheten?* *För hur många personer/patienter kan man ha en viss ambitionsnivå?*



Uppgift att fundera över för dig som har en anställning:

Nyligen läste jag om en klinik som vill vara ”ett föredöme inom rehabiliteringsmedicin”. Ser du tecken på några sådana visioner inom den verksamhet du är anställd?



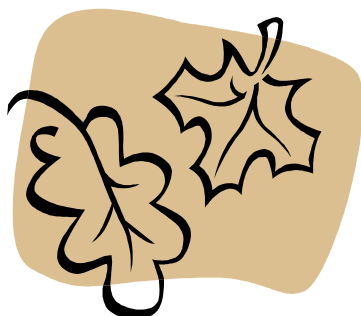
Habiliteringens verksamhet jämförd med de vårdverksamheter som andra aktörer erbjuder

Det finns kommuner som utvecklat ett mycket gott kunnande kring habilitering, särskilt vad gäller vissa yrkesgrupper. Habiliteringens speciella organisation är vanligen inte ett av de mest attraktiva arbetsområdena inom vården. Habiliteringens värld är inte särskilt känd utanför Habiliteringen.

Finns det kanske en parallell mellan att Habiliteringen i stor utsträckning arbetar för personer med utvecklingsstörning och att Habiliteringen verkar undanskymd i samhället i förhållande till exempelvis sjukvård och vad gäller den plats man har i samhället i stort? Har Habiliteringens lägre status att göra med att Habiliteringen arbetar för marginaliserade patientgrupper? Många yrkespersoner, som av tillfälligheter kommer in i Habiliteringens värld, beskriver arbetsuppgifterna där som mer spännande, intressanta och betydelsefulla än man tidigare kunnat föreställa sig då man arbetade inom andra yrkesområden. Detta är en spännande kontrast som man kan fundera mer över.

ICF tillämpas alltmer i Habiliteringar. Habiliteringens verksamhet kanske numera efterliknar sjukvårdens i ökande utsträckning i framtiden. Vad blir följden av att man inrättar journalsystem som byggs upp liknande sjukvårdens? Uppmuntras Habiliteringens personal att alltmer tänka i sjukvårdstermer? Ger den statistik som tas ut ur Habiliteringens datajournaler en meningsfull beskrivning av verksamheten inom Habiliteringen?

Sjukvården har länge haft ett ersättningssystem kopplat till vilka diagnosgrupper man arbetar med och vilka åtgärder som genomförs för dessa. Det tänkandet börjar nu även komma in i Habiliteringens värld. Vad får det för följder? Finns det en risk för att man kommer att eftersträva att använda sig av mer kortsiktiga, ”lönsamma” åtgärder? Kan man fortfarande ha fokus på att arbeta för personer med mycket omfattande funktionsnedsättningar för vilka insatserna kanske är mer svåra att utvärdera och där effekterna av olika insatser inte är så tydliga? Om Habiliteringens verksamhet närmar sig sjukvårdens – kommer Habiliteringen då att vilja och kunna bevara sin särart?



Slutord

Habiliteringens verksamhet är mycket komplex. Den påverkas av krafter som förändrade vårdideologier, ändrade föreställningar om funktionsnedsättningar, ny lagstiftning, kunskapsbildning och metodutveckling, samhällsekonomiska förhållanden samt trender i utformningen av välfärdstjänster (Bohlin, 2009). Inom Habiliteringens verksamhet får personalen ständigt växla mellan medicinska, psykologiska, sociala och pedagogiska kunskapsperspektiv. Medarbetarna inom Habiliteringens team får arbeta med en mycket stor spännvidd i sina arbetsuppgifter varierande mellan smått och stort.

Ingen yrkesperson har direkt tolkningsföreträde inom Habiliteringen. Men det *finns många motsägelser inbyggda i Habiliteringens praktiska verksamhet*. Jag har försökt lyfta fram några av dem. *Min utgångspunkt är att vi som arbetar inom Habiliteringen behöver bli mer medvetna om hur vår organisation fungerar. Med sådana kunskaper ökar förutsättningarna för oss att kunna utveckla organisationen i en riktning som är önskvärd.*

Habiliteringen styrs av en humanistisk människosyn och höga handikappolitiska ideal. Men dessa är ibland svårförenliga med en mera krass samhällsverklighet, som ofta i stor utsträckning styrs mest av ekonomin. I en recension i Göteborgs-Posten (av Mattias Hagberg) i augusti 2009 av Karl Grunewald senaste bok (Grunewald, 2009) antyds att reformarbetet för personer med utvecklingsstörning kanske varit begränsat framgångsrikt. Hagberg ställer frågor som: Har vi misslyckats i den politiska strävan efter normalisering, integrering och öppenhet i samhället för de personer med utvecklingsstörning? Har vi byggt upp ett slags postmoderna institutioner? Är livet lika slutet idag som tidigare för många personer med intellektuella funktionsnedsättningar? Hur många av personerna rör sig mellan dagcentret, gruppboenden och planerade aktiviteter utan att snudda vid livet utanför?

Personer med omfattande funktionsnedsättningar lever ofta sina liv med oddsen emot sig. Men de har rätt att få stöd och annan hjälp så att de kan leva goda liv, liv med god livskvalitet. De har ofta levt annorlunda liv. Personer med omfattande funktionsnedsättningar har annorlunda förutsättningar än många andra människor. Men de har precis samma behov som varje människa. De kan behöva skyddas och de kan behöva företrädas i olika situationer. Men det är samtidigt viktigt att inte överbeskydda människor. Så långt som det är möjligt måste varje människa själv påverka och om möjligt utforma sin egen vardagstillvaro.

Varje patient som får stöd inom Habiliteringen måste få känna att hon eller han duger med de förutsättningar och förmågor personen har. Varje patient behöver få hjälp att kunna "acceptera" sin funktionsnedsättning, det vill säga att utan bitterhet kunna leva det liv som är möjligt i eller kanske trots funktionsnedsättningen. Samtidigt behöver var och en få vara så självständig och oberoende som det är möjligt att vara, även om man har en funktionsnedsättning.

Tillfredsställelse i jobbet för de anställda handlar mycket om att vad man kan påverka i sin anställning. Det är en mycket hög ambition man har i en verksamhet då man arbetar i ett så långsiktigt perspektiv att man funderar över hur patienten man arbetar för har det i hela sitt liv. Man försöker med sina yrkesinsatser bidra till att människors livskvalitet ökar. Det kan många gånger bli en överväldigande uppgift för habiliteringspersonalen att ha en inriktning mot patienternas syn på och upplevelser av sina liv. Men Habiliteringen väjer inte för svåra livsfrågor. Personalen har en mycket ambitiös arbetsplanering. Samtidigt är personalen väl medveten om att man har mycket begränsat med tid till förfogande för att utföra sina ambitiösa arbetsuppgifter för patienterna. På samma gång är Habiliteringens insatser oftast synnerligen viktiga för de personer, de patienter som får del av dem. Patienterna är verkligen i centrum för Habiliteringen och måste få vara så.

Habiliteringen erbjuder numera, som nämnts, ofta tidsbegränsade och problemfokuserade insatser. Detta kanske är något som även kan vara bra, om det kan stimulera patienten till att vara mer aktiv,

självständig och inte alltför vara alltför beroende av stöd från Habiliteringen. Men Habiliteringens personal upplever nu, som beskrivits, en frustration över att arbetsbördan ökar och resurserna krymper långsamt snarare än ökar.

En grundförutsättning för att man skall kunna utföra goda rehabiliterande insatser är alltid att personalen lär känna den enskilda, unika patientens förutsättningar genom att utveckla goda, förtroliga dialoger med henne eller honom. Det tar tid. Personalen behöver ofta även samråda med eventuella företrädare till patienterna. Rehabiliteringens personal arbetar inte med patientgrupper som ger särskilt stor ”status att arbeta med”. Men Rehabiliteringens personal upplever ändå ofta mötena med de enskilda patienterna som utomordentligt berikande.

Baspersonalen inom Rehabiliteringen är oftast idérik, mycket kompetent och djupt engagerad i sina arbetsuppgifter och i sitt patientengagemang. Arbetsuppgifterna inom Rehabiliteringen utförs med mycket känsla. Om man – som personal inom Rehabiliteringen oftast gör – arbetar med personer med utvecklingsstörning möter man ofta människor utan förmåga att förstå sig, människor som är spontana, nära sina känslor, direkta i sina uttrycksätt och inte särskilt försvarsinställda. Värdefrågor, etiska frågor och maktproblem aktualiseras ständigt vid rehabilitering. Det finns en risk för att enskilda yrkespersoner överidentifierar sig med patienternas lidande och med deras förhoppningar om ett bättre liv och även med de anhörigas krav på större hjälpinsatser. Personalens uppgift är i första hand att vara lojala mot de patienter som antagits vid Rehabiliteringen och har rätt till stöd inom den. Men för att kunna klara sina arbetsuppgifter inom Rehabiliteringen måste personalen kunna pendla mellan närhet och distans.

Att möta personer utifrån en helhetssyn och att ha till uppgift att bidra till människors livskvalitet gör ofta avgränsningarna i arbetet svåra för personalen inom Rehabiliteringen. Att arbeta med helhetsperspektiv kan väcka upp starka känslor av otillräcklighetsupplevelser hos personalen.

Personalen inom Rehabiliteringen har en väl inarbetad värdegrund och kommer ofta patienterna mycket nära i arbetet. Det underlättar inte heller de yrkesmässiga avgränsningarna. Det är ofta svårt för personalen inom Rehabiliteringen att veta när man gör tillräckligt för patienterna. Mot detta står att varje medarbetare behöver känna och må väl av att man har en någorlunda kontroll över sin egen arbetssituation. Rehabiliteringens personal behöver även ha ett intresse för och vara medveten om samhällsutvecklingen i stort och särskilt för samhällets syn på funktionsnedsättning.



Det goda teamarbetet kräver att de enskilda medarbetarna i teamet inte bara intresserar sig för de egna yrkesinsatserna utan att de ser till helheten, till vad var och en tillsammans med andra yrkespersoner kan uppnå med teamets samlade insatser. Detta är en nödvändig grundförutsättning, en kärna vid god rehabilitering. För att uppnå ett bra teamarbete måste man avsätta tid för reflektioner, för

det oförutsedda, för de svårigheter som kan uppstå under arbetets gång. Det behöver varje yrkesperson göra för egen del men varje tvärprofessionellt team behöver även avsätta gemensam teamtid.

Om personalen känner sig stolt och nöjd med det arbete man utför inom Habiliteringen bemöter man troligen även sina patienter väl. Men kan personalen känna stolthet om man ofta känner att man inte räcker till och om man känner en stor osäkerhet kring om man gör tillräckligt för sina patienter? Det är mycket angeläget att eftersträva en god arbetsmiljö på de olika habiliteringsenheterna och i habiliteringsteamerna. Man behöver försöka *identifiera stressfaktorer i teamarbetet för att därefter försöka reducera dem*.

Habiliteringens medarbetare ställs inför stora förväntningar och har man har mycket skiftande arbetsuppgifter. Detta ställer *krav på ett tydligt ledarskap av de tvärprofessionella teamens arbete*. Medarbetarna behöver få *hjälp i prioriteringar och i etiska diskussioner*. Man behöver få *rikligt med återkoppling på det arbete man utför*, inte bara allmänt utan även konkret. Verksamheten behöver utvärderas kontinuerligt och man behöver ta vara på erfarenheterna av det som i praktiken fungerar väl. Man får söka efter bästa tänkbara kunskap men man bör samtidigt ha en försiktig inställning till det strikta evidensbegreppet.

När jag började arbeta inom Habiliteringen tilltalades jag av att den organisationen skiljde sig på ett antal sätt från sjukvårdens. Det gällde exempelvis i grundvärderingar, i betoningen av helhetssynen och i betoningen av långvariga yrkesinsatser, insatser även inriktade mot patientens (då: brukarens) hemmiljö, vardagsliv och livskvalitet. Min uppfattning är att i dessa och i ett antal andra avseenden håller Habiliteringen verksamhet nu på att förändras och att närma sig sjukvårdens verksamhet. Är detta i så fall en bra, en nödvändig och en önskvärd utveckling? Finns det önskvärda alternativ?

Habiliteringens värld är föga känd av omvärlden och vad Habiliteringens personal arbetar med är okänt för många. Habiliteringen tar inte över ansvaret från andra organisationer. Det är min förhoppning att jag kunnat bidra lite till att personer utanför Habiliteringens värld kan intressera sig något för, lära sig lite mer om och få kännedom om en del av det som Habiliteringen arbetar med. Om man uppnår detta är det även av betydelse för vad Habiliteringen kan åstadkomma med sina fortsatta insatser. Jag har i denna skrift i första hand försökt komma åt och beskriva vad som kännetecknar just den specialiserade organisationen Habilitering, vad som är dess själ, dess personlighet. Jag hoppas att jag kan bidra till den personlighetens utveckling genom att jag försökt stimulera till fortsatta diskussioner om Habiliteringen och dess verksamhet.



Litteratur

Adizes,I. (1987). Ledarskapets fallgropar. Liber. Stockholm.

Alveglim,J., Dolfe,A. (2006). Självbestämmande – ideal och verklighet för vuxna personer med omfattande begåvningshandikapp. Några reflektioner. Sahlgrenska sjukhuset vid Göteborgs Universitet. Institutionen för neurovetenskap och fysiologi. Göteborg.

Berlin,J. (Red.). (2009). Team i vård, behandling och omsorg. Erfarenheter och reflektioner. Studentlitteratur. Stockholm.

Bille,B., Olow,I. (Red.). (1999). Barnhabilitering vid rörelsehinder och andra neurologiskt betingade funktionshinder. Liber. Stockholm.

Björklund,L. (2003). Modet att ingenting göra – en bok om det svåra mötet. Libris. Örebro.

Bohlin,U. (2009). Habilitering i fokus. En människobehandlande organisation och dess utmaningar. Lund Dissertations in Social Work 36. Socialhögskolan. Lunds Universitet. Lund.

Bojestig,M, Peterson,A. (2007). Bästa möjliga varje gång – professionell kunskap och förbättringskunskap, broar till bättre vård. Kultorum. Landstinget i Jönköpings län.

Borg,J., Gerdle,B., Grimby,G., Stibrant Sunnerhagen,K. (2006). Rehabiliteringsmedicin. Teori och praktik. Studentlitteratur, Danmark.

Danermark,B. (2000). Samverkan: - himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka. Gothia. Stockholm.

Dolfe,A. (2002). Riktlinjer för rehabilitering av personer med i vuxen ålder förvärvad hjärnskada. Västra Götalandsregionen. Skövde.

Dolfe,A. (2003). Hur man uppnår ett gott bemötande av vuxna personer med olika slag av funktionshinder. Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen. Vänersborg.

Dolfe,A. (2006). Konsten att få människor att vilja anstränga sig. Om salutogent motivationsarbete. Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen. Vänersborg.

Dolfe,A. (2009). Psykiatri och habilitering – en vägvisare. Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen. Vänersborg.

Einhorn,S. (2007). Medmänniskor. Forum. Stockholm.

Einhorn,S. (2009). Vägar till visdom. Forum. Stockholm.

FN:s standardregler (1993). Uppdaterad version 2007.

Granlund,M. (2007). Om delaktighet, kontroll och livskvalitet. Högskolan i Jönköping. Stencil från föreläsning. Jönköping.

Grunewald,K. (2009). Från idiot till medborgare. Gothia förlag. Stockholm.

Gunnarsson,J., Blohm,O. (2004). Den tjänande ledaren. Dialogos Förlag. Kristianstad.

Gustavsson,A. (2004). Delaktighetens språk. Studentlitteratur. Lund.

Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen (2008-2009). En mångfald dokument som handlar om Habiliteringens verksamhet i Västra Götalandsregionen.

Handikapp & Habilitering (2008). Bemötande och delaktighet. Verksamhetschefernas riktlinjer. Stockholms läns landsting. Stockholm.

Hansson Green,U. (Red.) (2008). Smaken av vatten. En antologi om god vård, bemötande och etik. Qulturum. Landstinget i Jönköpings län.

Harris,T., Lagerström,A. (2008). Konsten att leva innerligt – existensialism för den moderna människan. LevNu / Wahlström & Widstrand. Tyskland.

Heider, J. (2002). Ledarskapets TAO. Wahlström & Widstrand. Danmark.

Hjelm,C. (2003). En skrift om etik i habiliteringsarbetet. Handikapp och Habilitering. Stockholm.

Hjärnkraft (2009). Tema: Närstående. Medlemsblad för Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft. Nr 1/2009. Kristianstad.

Holmer,T. (2009). Lycka nu. En praktisk guide till mindfulness. Bonniers bokförlag. Stockholm.

Holpp,L. (2000). Teamarbete i praktiken. Richters förlag. Falun.

Jansson, A., Blom,A. (2007). Etiska dilemman i vård och omvårdnad. Gothia förlag. Stockholm.

Johansson,R., Skärgren,L. (2003). Vårdpedagogik.Liber. Stockholm.

Johansson,R., Skärgren,L. (2006). Rehabilitering och habilitering. Liber. Stockholm.

Kjellin,L., Andersson,H., Baghdasarian,E., Hagelbäck-Hansson,F., Halldner Henriksson,L., Lago,C., Landén,M., Larsson.J-O, Larsson,M., Strandberg,T., Wennberg,P., Wieselgren,I-M. (2009). Artikeln Psykiatrins kvalitetsregister är inne i en period av intensiv utveckling. Läkartidningen nr 28-29/2009, s.1834-1835. Stockholm.

Klasén McGrath,M. (2004). En skrift om etik i habiliteringsarbetet. Handikapp & Habilitering. Stockholm.

Möller,A., Nyman,E. (2003). Barn, familj och funktionshinder. Utveckling och habilitering. Liber. Trelleborg.

Nilsson,C. (2009). ”Att köra bussen i stället för att åka med”. En utvärdering av teamsamordnarskapet inom Habiliteringarna i Skaraborg. Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen.

Nordemar,R., Bullington,J., Haegerstöm,G. (2008). Artikeln Evidensbaserad medicin räcker inte! Läkartidningen nr 11/2008, s. 797-798. Stockholm.

Regeringsproposition 1999/2000:79 (2000). Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken. Stockholm.

Rehnqvist,N., Rosén,M., Willman,A. (2008). Artikeln Evidens är ett verktyg för vården – inte ett slutmål. Läkartidningen nr 12-13/2008, s. 918-919. Stockholm.

Sandberg,H. (1997). Team i utveckling. Kvalitetsarbete inom offentlig verksamhet. Studentlitteratur. Lund.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). (2009). Medicinsk vetenskap & Praxis nr 2/2009. Stockholm.

Silfverberg,G. (Red.). (2006). Nya vägar i vårdetiken. Studentlitteratur. Lund.

Socialdepartementet (2000). Från patient till medborgare – en nationell handlingsplan för handikappolitiken. En kort version av regeringens proposition 1999/2000:79. Västerås.

Socialstyrelsen (2005). Ta ansvar för samverkan. Helhetsperspektiv på samhällsstöd till barn och unga med funktionshinder (DAISY). Stockholm.

Statens medicinsk-etiska råd. Skriftserien Etiska vägmarken. Olika utgivningsår. Fritzes förlag. Stockholm.

Statens Offentliga Utredningar (SOU) 1995:5. (1995). Vårdens svåra val. Socialdepartementet. Stockholm.

Söder,M.(Red.) (2005). Forskning om funktionshinder: problem – utmaningar – möjligheter. Studentlitteratur. Lund.

Thylefors,I. (2004). Ledarskap i vård, omsorg och utbildning. Natur och Kultur. Stockholm.

Thylefors, I. (Red.) (2007). Arbetsgrupper. Från gränslösa team till slutna rum. Natur och Kultur. Stockholm.

Thörn,Å. (2009). Artikeln Kvalitet – en fråga för professionens omdöme. Läkartidningen nr 21-21/2009, s.1494-1495. Stockholm.

Thörn,Å. (2009). Slutreplik om kvalitetsregister. Brist på problematisering underblåser felaktig bild. Läkartidningen nr 28-29/2009, s.1837. Stockholm.

Tideman,M. (Red.) (2000). Handikapp, synsätt, principer, perspektiv. Studentlitteratur. Lund.

Winlund,G., Rosenström Bennhagen,S. (2004). Se mig! Hör mig! Förstå mig! Stiftelsen ala. Stockholm.

Västra Götalandsregionen. Ett gott liv. En presentation av Västra Götalandsregionen. Mariestad.

www.ihl.org.

www.lj.se/sakervard

www.lj.se/culturum

www.socialstyrelsen.se

Habiliteringens själ och arbetsvärld

En skrift om Habiliteringen och dess verksamhet av Anders Dolfe

2009

I denna skrift inleder jag med att tala om varför jag vill skriva om Habiliteringens komplexa "själ och arbetsvärld". Jag berättar därefter kortfattat om organisationen Habiliteringens historik. Jag benämner vilka målgrupper man vanligen arbetar med inom organisationen Habiliteringen och inom vilka områden habiliteringsstödet ges.

Habiliteringens verksamhet påverkas av samhället och dess värderingar. De etiska frågorna är mycket viktiga inom Habiliteringen. Jag berör därför samhällsfrågor och etisk problematik samt definierar begreppen habilitering, rehabilitering, funktionsnedsättning och funktionshinder.

Därefter går jag igenom några grundförutsättningar, bland annat ramverket som påverkar Habiliteringens verksamhet. Jag kommer in på habiliteringsteamens arbete och på frågor kring ledarskap liksom Habiliteringens organisation. Jag försöker återge en del av hur Habiliteringens olika medarbetare ofta upplever sina arbetssituationer. Det tvärprofessionella teamarbetet inom Habiliteringen skildras och jag försöker beskriva vilken ledningsfunktioner som behövs i teamet.

Jag gör vidare ett försök att nämna vad som påverkar habiliteringsprocessen och belyser den med en fiktiv fallbeskrivning. Sedan gör jag en översikt över vad habiliteringsinsatserna i stort går ut på, oberoende av om de utförs inom barn- och ungdomshabilitering eller inom vuxenhabilitering. Jag kommer in på vad ett grundläggande gott bemötande av patienterna innebär. Ett antal inriktningsmål för de direkta patientfokuserade insatserna benämns. Jag skildrar det allmänna man eftersträvar inom Habiliteringen och inte det yrkesspecifika. Habiliteringens samverkan med andra personer och organisationer beskrivs. Därefter behandlar jag särskilt Habiliteringens nyckelbegrepp livskvalitet.

Sedan går jag in på frågor kring kvalitetssäkring och kompetensutveckling och tar upp något om organisations- och verksamhetsutveckling inom Habiliteringen.

Slutligen försöker jag formulera några av mina tankar om ideal och verklighet inom Habiliteringen. Jag delger några av mina funderingar om Habiliteringens verksamhet som den är för närvarande och som den kanske kommer att bli i framtiden. Jag pekar på motsägelser och oklarheter, som jag menar det är viktigt att personalen inom Habiliteringen diskuterar och försöker finna sina lösningar på.

Min förhoppning är att jag genom min skrift kan medverka till en god verksamhetsutveckling inom Habiliteringen. Jag bidrar med denna skrift till 10-årsjubileet inom Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen. Jag hoppas att jag även medverkat till att Habiliteringen och dess verksamhet blir mer känd för läsare, kanske även för personer som är engagerade utanför Habiliteringens arbetsvärld.

Anders Dolfe är legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi respektive neuropsykologi. Han har tjänstgjort som psykolog sedan 1971 inom psykiatrins respektive habiliteringens verksamhetsområden. Anders Dolfe är anställd som psykolog/handledare inom Handikappförvaltningen i Västra Götalandsregionen.

Kontakt; anders.dolfe@vgregion.se

