

SJUKSKÖTERS KOR, ARBETS- TERAPEUTER & FYSIOTERAPEUTER PÅ SÄRSKILT BOENDE

- hur kan deras kompetens komma de äldre
och verksamheten till nytta på bästa möjliga sätt?

LINDA NYHOLM
KARIN JOHANSSON

Nestor FoU-centers skriftserie nr. 4:2020

FoU-rapport
Nestor FoU-center
2020

Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Stockholms läns landsting. Vi vill genom praktisk forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
tel: 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se

Rapporten kan laddas ner på www.nestorfou.se

Nestor FoU-center 2020
ISBN: 978-91-85347-35-3
ISSN: 1652-4608

Författare: Linda Nyholm, Karin Johansson
Titel: Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter på särskilt boende - hur kan deras kompetens komma de äldre och verksamheten till nytta på bästa möjliga sätt ?

© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Genom projekt, utbildningar och övriga aktiviteter som Nestor har genomfört genom åren har vi mött en tydlig frustration bland legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar på särskilda boenden för äldre, över att deras kompetens inte tas till vara i verksamheten. Det kan dels gälla i det vardagliga arbetet tillsammans med de boende, men också vid verksamhetsutveckling. Personer som bor på särskilt boende i Sverige idag är ofta multisjuka, och har inte sällan kognitiva och fysiska funktionsnedsättningar. Det är därför nödvändigt att den kompetens och kunskap som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har, nyttjas i verksamheterna för att de boende ska få det stöd och den behandling som de har behov av, och rätt till.

I och med Corona-pandemin har frågan om medicinsk kunskap och kompetens på särskilt boende blivit ännu mer aktuell. Diskussionen om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals roller på särskilt boende har pågått länge (se exempelvis Socialstyrelsen 2003), men i och med pandemin har de negativa konsekvenser som riskerar att uppstå om bästa tillgängliga kunskap inte nyttjas i verksamheterna kraftigt belysts. Dessa erfarenheter talar för det förslag som framkommit i betänkandet om förändringarna i socialtjänstlagen (SOU 2020:47), att socialtjänstens verksamheter *ska* arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

I studien som beskrivs i denna rapport har vi undersökt hur sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter själva ser på möjligheten att använda sin befintliga och nya kunskap i arbetet, och hur deras kompetens kommer verksamheterna till del. Perspektiv från utvecklingsledare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor och chefer har också lyfts in. Vi har ringat in utmaningar och presenterar även förslag på möjliga lösningar. Vi hoppas att rapporten kan bidra till nya idéer i utvecklingsarbeten som syftar till att nå upp till en eventuellt kommande lag, för en ännu bättre vård och omsorg för de boende.

Eva Lindqvist
FoU-chef

Linda Nyholm
Projektledare

Karin Johansson
Projektledare

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Bakgrund	7
Hälsosituationen för personer som bor på särskilt boende	8
Definitioner av kompetens och yrkeskunskap	8
Yrkesgrupper på särskilt boende	9
Teamarbete möjliggör användandet av specifika kompetenser	11
Evidensbaserad praktik och lärande	11
Sammanfattning av bakgrund	12
Syfte och frågeställningar	13
Syfte	13
Frågeställningar	13
Målgrupp	13
Avgränsningar	13
Metod	13
Enkätundersökning	14
Respondenter i enkätundersökningen	14
Gruppintervjuer	16
Analysseminarium	16
Resultat	16
Förutsättningar för kunskapsinhämtning	17
Enkäten	17
Gruppintervjuer	17
Förutsättningar för att använda kunskapen på individnivå	18
Enkäten	18
Gruppintervjuer	19
Förutsättningar för att integrera kunskapen i den ordinarie verksamheten	19
Enkäten	19
Gruppintervjuer	21
Sammanfattning av resultat från enkät och gruppintervjuer	22
Analysseminarium	23

Förtydligade roller	24
Omsorgspersonalens kompetens och ansvarsområde	25
Skapa konstruktiva och lärande möten	25
Förankra utbildningar	26
Diskussion.....	27
Hur ska de boende få tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens?	27
Låga eller vaga förväntningar från andra att använda yrkeskunskaperna	28
Ett stort uppdrag	28
Sjuksköterskor gör undersköterskors arbetsuppgifter.....	29
Strukturer för samarbete där olika kompetenser kommer de boende till bästa möjliga nytta	30
Relevant administration	32
Att utveckla verksamheten – en lärande organisation.....	33
Avslutande kommentar – identifierade utmaningar och förslag på fortsatt arbete.....	34
Referenser	36

Sammanfattning

Nestor har undersökt hur sjuksköterskors, arbetsterapeuters och fysioterapeuters yrkeskunskap och kompetens kommer till användning vid verksamhetsutveckling och i det dagliga arbetet på särskilt boende. Studien genomfördes i tre steg 1) enkätundersökning med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade på särskilt boende 2) diskussion kring preliminära resultat från enkätstudien i grupp med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på särskilda boenden, 3) analysseminarium kring preliminära resultat från enkäter och gruppintervjuer där chefer, utvecklingsledare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor deltog. Sammanfattningsvis visade resultaten från enkäten och gruppintervjuer att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal upplevde att det fanns vissa förutsättningar för att använda och vidareutveckla den egna kompetensen, men att det samtidigt fanns stora hinder för att kompetensen skulle komma verksamheten och de boende till nytta. Hindren var bland annat att stor del av arbetstiden användes till uppgifter där den yrkesspecifika kunskapen inte kom till användning, till exempel onödigt krånglig administration, och att täcka upp för omsorgspersonalens uppgifter då omsorgspersonal inte hade den kompetens som behövdes. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter lade mycket tid på administrativa uppgifter, och deras roller och kompetenser var ibland också otydliga i verksamheterna. Ytterligare ett hinder var att det saknades rutiner för kunskapsutbyte mellan olika professioner, och för att reflektera kring arbetssätt och ny kunskap. Genom analysseminariet formulerades förslag för att förebygga de identifierade hindren. Seminariet resulterade i fyra övergripande teman: förtydliga olika professioners roller, omsorgspersonalens kompetens och ansvarsområde, skapa konstruktiva och lärande möten samt förankra utbildningar. Sammantaget visar den här studien på att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens inte alltid kommer äldre personer till del på ett optimalt sätt i särskilt boende. Det är därför angeläget att utveckla strategier för att möjliggöra att denna nödvändiga kompetens kommer till användning i större utsträckning. De utmaningar vi identifierat rör sammanfattningsvis arbetsterapeuters och fysioterapeuters oklara uppdrag, bristande samverkan mellan olika professioner samt att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ibland utför uppgifter som egentligen är undersköterskors. Studien utmynnar i några möjliga förslag för att möta dessa utmaningar:

- **Arbetsbeskrivningar** baserade på olika yrkesgruppers specifika kompetens tydliggör vilka uppgifter som är relevanta för respektive yrkesgrupps, och om eventuell annan yrkesgrupp, till exempel vaktmästare, behöver anställas. Genom att använda arbetsbeskrivningar vid anställningsförfarandet kan verksamheter säkerställa att omsorgspersonal har reell kompetens som motsvarar arbetsbeskrivningen.
- En utredning och remissförfarande kring **reglering av undersköterskeyrket** pågår på nationell nivå. Resultatet från den kan ha betydelse för möjligheter för verksamheter att låta legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens komma till användning.
- **Strategier för interprofessionellt teamarbete** bidrar till att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kunskap och kompetens integreras i verksamheten och kommer de boende till godo.
- **En lärande organisation** krävs för att kunskap ska integreras och omsättas till handling i en verksamhet.

Bakgrund

I enlighet med socialtjänstlagen, SoL, (2001:453) ska kommunen tillhandahålla särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer som behöver stöd för att klara av sin vardag, som inte kan ges i ordinärt boende (SoL 2001:453, SFS 2018:1724). Boendeformer av denna typ benämns ibland som äldreboende, vård- och omsorgsboende eller särskilt boende för äldre. I den här studien använder vi benämningen särskilt boende. När det gäller hälso- och sjukvård för personer som bor i denna form av boende, är det kommunerna som ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30). För att uppfylla detta måste bland annat den personal och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges finnas (HSL 2017:30). Detta är särskilt viktigt mot bakgrund av att äldre personer som beviljas plats på särskilt boende har mycket omfattande vård och omsorgsbehov och stora kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar (Daly & Szebehely, 2012; Josefsson et al., 2011; Sveriges kommuner och landsting 2012; Schön et al., 2016). Enligt socialtjänstlagen (2001:453) har kommunen det yttersta ansvaret för att enskilda personer får det stöd och den hjälp som de behöver, och omvårdnaden och omsorgen ska ges på lika villkor med utgångspunkt i varje enskild persons behov (SoL 2001:453, SOU 2018:32). Många sköra personer med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får den större delen av sin hälso- och sjukvård från kommunerna (Socialstyrelsen, 2019a). Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är därför viktig för att kommunerna ska kunna leva upp till både socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), och för att personer som bor på särskilt boende ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande i enlighet med äldreomsorgens nationella värdegrund (Socialstyrelsen, 2012 och 2019a; SoL 2001:453). Ansvaret för hälso- och sjukvård innefattar habilitering, rehabilitering och hjälpmedel (HSL 2017:30). Det finns dock inga mer specifika riktlinjer kring vad det innebär i termer av vilka professioner som bör finnas tillgängliga/anställda vid särskilt boende. Inom den kommunala hälso- och sjukvården arbetar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i alla kommuner, medan dietister, farmaceuter, logopedier och tandhygienister bara finns i vissa kommuner (Sveriges kommuner och regioner, 2020). Utifrån vår erfarenhet kan vi konstatera att det på särskilt boende oftast finns flera sjuksköterskor anställda som ansvarar för en eller två enheter med 8-10 boende på varje. Sjuksköterskan befinner sig fysiskt på enheten ganska stor del av sin arbetstid och är arbetsledare för omsorgspersonalen. De flesta särskilda boenden har en arbetsterapeut och en fysioterapeut anställda. På mindre boenden kan dessa vara deltidstjänster. Ofta har arbetsterapeut och fysioterapeut begränsad direktkontakt med de boende, och då främst i relation till specifika problem. I huvudsak beskrivs dessa professioners uppdrag som konsulter eller handledare till omsorgspersonalen i specifika professionsrelaterade frågor.

I och med att gruppen multisjuka äldre med stora vårdbehov blir allt större kommer troligen antalet platser i kommunala särskilda vårdformer behöva öka i framtiden (Region Stockholm, 2020). Denna prognos går tvärt emot rådande trend där allt färre bor på särskilt boende (Socialstyrelsen, 2020d; Sveriges kommuner och regioner, 2020). År 1984 bodde 28 procent av personer 80 år och äldre i de boendeformer som då motsvarade dagens särskilt boende, jämfört

med 13 procent år 2015 (SOU 2017:21). I januari 2020 bodde totalt 79 410 personer över 70 år på särskilt boende, varav 45 154 personer var 85 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2020a). Medelåldern för inflyttning i särskilt boende är 86 år (Sveriges kommuner och regioner, 2020).

Hälsosituationen för personer som bor på särskilt boende

I Socialstyrelsens årliga undersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" uppgav 2019 drygt 16 % av de äldre i särskilt boende att de förflyttar sig själva inomhus utan svårigheter, medan sammanlagt 45 % hade stora svårigheter, eller kunde inte förflytta sig själva alls (Socialstyrelsen, 2019c). Risken för demenssjukdom ökar med stigande ålder (Socialstyrelsen, 2018) och eftersom en stor andel av de personer som bor på särskilt boende är över 85 år (Socialstyrelsen, 2020a) är demenssjukdomar vanligt förekommande. Varje år insjuknar ungefär 20 000-25 000 personer i en demenssjukdom, och på grund av att många i dag och i framtiden uppnår en hög ålder förväntas antalet personer med demenssjukdom öka framöver (Socialstyrelsen, 2018). Undernäring förekommer framförallt bland äldre personer, och utvecklas ofta i samband med sjukdom (Socialstyrelsen, 2020b). Statistik från det nationella kvalitetsregistret Senior alert (2018) visar att undernäring, fall, trycksår och nedsatt munhälsa är vanligt hos personer som bor på särskilt boende. Boendes hälsosituation avspeglas också i att mediantiden för att bo på ett särskilt boende för äldre i Sverige är 24 månader, dock med variation mellan olika kommuner. Ett halvår efter flytt till särskilt boende har i genomsnitt 20 procent avlidit, och knappt 60 % bor kvar efter arton månader (Socialstyrelsen, 2020d). Sammantaget innebär hälsosituationen för personer som bor på särskilt boende behov av stöd med exempelvis måltider, hygien, socialt umgänge, förflyttning och orientering i tillvaron. Detta stöd ges i huvudsak av undersköterskor och vårdbiträden, i den här studien benämnda som omsorgspersonal. Boendes hälsosituation innebär också att de behöver stöd i vardagen av den kompetens som innehas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, tandhygienister och läkare. Läkarsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård, utan det ligger på regionerna att avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård. Regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av, och formerna för läkarmedverkan. (HSL 2017:30). Dessa avtal brukar exempelvis innehålla vilka uppgifter som läkare ska ansvara för samt hur akuta ärenden ska lösas, och ibland också hur samverkan mellan läkare och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen ska gå till (Socialstyrelsen, 2019a).

Definitioner av kompetens och yrkeskunskap

Begreppet kompetens kan definieras som "förmåga att använda kunskaper och färdigheter för att utföra uppgifter och lösa problem" (SOU 2019:20), eller förenklat som "förmågan att klara en uppgift" (Egidius, 2002, sid 192). Vi kommer utgå från dessa definitioner i rapporten.

När det gäller yrkeskunskap, eller yrkeskunnande, kan det definieras på flera olika sätt (Ellström, 1992, sid 38). En definition är den formella kunskap som en person fått genom sin utbildning, en annan den faktiska, eller reella, kompetens som personen har och kan använda för att lösa

en uppgift eller utföra ett arbete. Man kan också definiera yrkeskunnande som utnyttjad kompetens, alltså i vilken mån den kompetens som en person har kommer till användning i arbetet. Detta hänger även samman med vilken kompetens som krävs för arbetet, samt vilken kompetens som efterfrågas.

Yrkesgrupper på särskilt boende

I dagsläget finns 22 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvård (PSL 2010:659), och sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut är tre av dessa yrken. Legitimation för respektive yrke kan sökas efter genomförd utbildning/högskoleexamen (PSL 2010:659), och beskrivs som en garanti för en viss kunskapsnivå, samt vissa personliga egenskaper och kvalifikationer (Socialutskottets betänkande 2001/02:SoU13). I enlighet med Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP-registret), som omfattar personer som har sökt och erhållit legitimation för yrken på hälso- och sjukvårdens område, kommer vi i denna rapport använda oss av benämningen legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. På särskilt boende utgör sjuksköterskor den största gruppen inom legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. År 2017 arbetade enligt Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal 8 326 sjuksköterskor på vård och omsorgsboende för äldre och funktionshindrade personer i Sverige. Motsvarande siffra för arbetsterapeuter var 1 563, och för fysioterapeuter 1 145. Sedan år 2014 är fysioterapeut ny benämning på sjukgymnasternas yrkeskår, och den benämning som i första hand ska användas enligt fysioterapeuternas yrkesförbund (Ds 2013:4; Fysioterapeuterna, 2020). I denna rapport använder vi därför benämningen fysioterapeut, förutom i citat då sjukgymnast förekommer. Sjukgymnast är fortfarande en skyddad yrkestitel, eftersom det finns verksamma sjukgymnaster som valt att behålla sin titel (Ds 2013:4).

Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2017) är sjuksköterskans specifika kompetens *omvårdnad*, vilket innefattar både det vetenskapliga kunskapsområdet, och det patientnära arbetet där grunden är en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan leder och ansvarar för omvårdnadsarbetet på arbetsplatsen. Detta innebär bland annat att organisera, prioritera och samordna omvårdnadsarbetet samt delegera och fördela arbetsuppgifter på ett patientssäkert sätt grundat i omvårdnadskunskap. Sjuksköterskans kompetens innefattar att ha ett helhetsperspektiv på patientens situation, där exempelvis kognition, andning, cirkulation, ätande och nutrition, smärta, psykosociala-, andliga- och kulturella faktorer ingår. (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Både arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar med ett rehabiliterande och/eller habiliterande perspektiv vilket innebär att de arbetar med att stärka personers förmågor i vardagen. För arbetsterapeuter är *meningsfulla aktiviteter* ett centralt begrepp, och grundidén är att människor lär och utvecklas genom aktivitet. Målet med arbetsterapi är att människor ska ha möjlighet att utföra sina vardagliga aktiviteter på ett sätt som är meningsfullt för personen i fråga (Sveriges Arbetsterapeuter 2018; Sveriges Arbetsterapeuter et al., 2011). Fysioterapi utgår från sambandet mellan *rörelse* och hälsa. Här är det centrala hur rörelse kan användas för att människor ska bibehålla och uppnå hälsa, samt leva ett aktivt liv med god livskvalitet. (Fysioterapeuterna, 2019). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska habilitering,

rehabilitering samt hjälpmedel erbjudas för personer med funktionsnedsättning, vilket i praktiken innebär tillgång till personal med rehabiliteringskompetens såsom arbetsterapeut och fysioterapeut. Dessa yrkesgrupper ansvarar bland annat för att göra individuella bedömningar och erbjuda intervention/insats i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, samt utifrån personens behov och önskemål (Sveriges Arbetsterapeuter, 2018; Fysioterapeuterna, 2019). Denna typ av interventioner kan även kallas *specifik rehabilitering*, och lyder under hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Specifik rehabilitering ska inte förväxlas med *vardagsrehabilitering*, som är ett hälsofrämjande, generellt arbetssätt som syftar till att stödja och tillvarata personens egna resurser. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter arbetar ofta indirekt genom omsorgspersonalen. (Sveriges Arbetsterapeuter et al., 2011).

Undersköterskor utgör den största personalgruppen inom vård och omsorg i kommunerna (SOU 2019:20). De flesta har utbildat sig till undersköterska genom vuxenutbildning, medan gymnasieutbildning inom vård och omsorg är mindre vanligt förekommande. I dagsläget finns ingen reglering av yrket, vilket innebär att innehållet i olika undersköterskeutbildningar skiljer sig åt. Kompetensen mellan undersköterskor kan därför variera, men enligt regeringens utredning kring stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) bör en undersköterska ha god bedömningsförmåga, kunna utföra basal omvårdnad och omsorg, ha kunskap om olika diagnoser samt ha ett professionellt bemötande gentemot patient/brukare, närstående och anhöriga samt kollegor. I kommunala verksamheter består undersköterskans arbetsuppgifter framför allt av omsorg och omvårdnad, exempelvis att assistera vid matsituationen eller stödja vid aktiviteter, och av hälso- och sjukvårdsuppgifter såsom läkemedelshantering och såromläggning. Administration, exempelvis i form av dokumentation, ingår också i arbetet. Serviceuppgifter som städning och fylla på förråd förekommer i olika grad beroende på om det finns annan personal som sköter detta. Vårdbiträdesutbildningar är också på gymnasienivå, men i praktiken omfattar gruppen vårdbiträden även personer som saknar vård- och omsorgsutbildning, eller som har utbildning men inte når nivån för undersköterska. I kommuner är det vanligt att vårdbiträden och undersköterskor har samma arbetsuppgifter, trots att både utbildningsnivå och kompetens skiljer sig åt. På grund av att kommunerna kan ha svårt att rekrytera undersköterskor anställs ibland vårdbiträden med tjänstetiteln undersköterska när inte finns något beslut om lägsta utbildningsnivå för en undersköterska i kommunen. (SOU 2019:20).

De allra flesta arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård är oreglerade, vilket innebär att det inte finns något krav på att en specifik yrkesgrupp ska utföra uppgiften så länge en god vård uppfylls enligt hälso- och sjukvårdslagen (SOU 2019:20). När omsorgspersonal medverkar i hälso- och sjukvård, eller biträder en legitimerad yrkesutövare, betraktas även de som hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Det är arbetsgivarens ansvar att fördela arbetsuppgifter efter kompetens, medan den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar för att den enskilde får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet (SOU 2019:20; SFS 2017:80). Kommuner kan också ha en arbetsterapeut eller fysioterapeut som är medicinskt ansvarig för rehabilitering. Denna funktion finns i ungefär 85 av landets 290 kommuner (Fysioterapi, 2020). Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får delegera en arbetsuppgift till någon annan när det är förenligt med kravet på en god och säker vård, men

ansvarar då för att den som får delegationen har de förutsättningar som krävs för att genomföra uppgiften (PSL 2010:659). På särskilt boende innebär detta i praktiken att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter kan delegera vissa arbetsuppgifter till omsorgspersonal.

Teamarbete möjliggör användandet av specifika kompetenser

Med tanke på att det finns flera olika professioner representerade i arbetet med att ge de äldre en god vård och omsorg på särskilt boende, finns det förutsättningar för att de olika specifika kompetenserna tillsammans kan bidra till ett högkvalitativt teamarbete som gynnar de boende. I dokument från sjuksköterskors, arbetsterapeuters och fysioterapeuters respektive yrkesförbund framgår att samverkan med kolleger och andra yrkesgrupper ingår i deras kompetens och arbete (Sveriges Arbetsterapeuter, 2018; Fysioterapeuterna, 2019; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Likaså framhålls vikten av teamarbete mellan olika yrkesgrupper för undersköterskor (SOU 2019:20). Denna typ av arbetssätt inom hälso- och sjukvård benämns ofta interprofessionellt teamarbete, vilket kräver andra kompetenser än de som är kopplade till yrket i sig, såsom att förstå sin och andras roll i teamet, kommunikation och kritisk reflektion (WHO, 2010; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011). WHO (2010) menar att interprofessionella hälso- och sjukvårdsteam förstår hur man använder sina medlemmars kompetens optimalt, och att utbildning i ett interprofessionellt arbetssätt möjliggör ett effektivt samarbete mellan yrkesgrupper. Att arbeta på detta sätt kan leda till bättre hälso- och sjukvård, både för enskilda vårdtagare och för samhället i stort, bland annat genom ökad patientsäkerhet, färre komplikationer och inläggningar på sjukhus, samt minskad personalomsättning. Äldre multisjuka personer på särskilt boende är beroende av stöd från alla representerade yrkesgrupper för att klara av sin vardag, och ett sätt att verka för att teamets respektive kompetenser kommer de boende till godo är alltså att arbeta interprofessionellt.

Evidensbaserad praktik och lärande

I enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom många verksamheter använder man sig av begreppet evidensbaserad praktik, som innebär att praktiken grundar sig på en sammanvägning av brukarens livssituation och erfarenheter, den professionelles expertis samt bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap (SOU 2008:18). Ibland används istället ”kunskapsbaserad praktik” för att betona att praktiken ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och att nya kunskaper ständigt ska utvecklas med forskning, professioner och brukare som kunskapskällor. En förutsättning för detta är att befintlig kunskap omsätts i praktiken, och att kunskap från professioner och brukare tas till vara i utvecklingen av ny kunskap. (SOU 2018:32). När det gäller insatser inom socialtjänsten anger socialtjänstlagen (2001:453) att dessa ska vara av god kvalitet, och för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Det finns dock inget uttryckligt krav på att socialtjänstens verksamhet eller kvalitetsarbete ska baseras på kunskap (SOU 2020:47). I slutbetänkande av utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47) föreslås att en ny bestämmelse införs i socialtjänstlagen, vilket skulle innebära att verksamheter inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

För att det dagliga arbetet på särskilt boende ska kunna utgå ifrån evidensbaserade metoder och arbetssätt, behöver den kunskap som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har spridas till övriga medarbetare. Avby menar i utredningen En lärande socialtjänst (SOU 2018:32) att det finns lärandemöjligheter i det dagliga arbetet, men att dessa behöver organiseras för att kunna komma till uttryck. För att ny kunskap ska komma in i verksamheterna måste det också finnas förutsättningar för att kunna förändra arbetssätt och rutiner, och medarbetarna behöver förstå den nya kunskapen och vilja använda den (Abrahamson Löfström, 2015). Begreppet "en lärande arbetsplats" betonar vikten av att inte enbart ledningen, utan alla anställda inom en organisation, har kunskap om dess ambitioner vad gäller lärande och förändring (Ellström et al., 2003). Kunskapen behöver också få fäste i verksamheten, vilket börjar med att kunskap sprids mellan medarbetare. (SOU 2018:32). Tillsammans utvecklar de sedan en ny och gemensam bild av verkligheten, och de ömsesidiga kunskaperna kan därefter integreras i organisationens rutiner och strategier. På detta sätt fastnar kunskapen i organisationen, och är inte längre beroende av enskilda individer. Denna typ av kunskapsöverföring kan kallas "organisatorisk lärande", och hänger ihop med begreppet "lärande organisation". En lärande organisation kännetecknas i sin tur av att etablerad kunskap används, nya idéer provas, att det som görs utvärderas systematiskt och att det finns tid till kritisk reflektion (SOU 2018:32; Florén och Wallin, 2013).

Sammanfattning av bakgrund

Äldre personer som bor på särskilt boende har, som beskrivits ovan, stora behov av vård och omsorg på grund av multisjukdom, funktionsnedsättningar och/eller kognitiv svikt. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har stor betydelse för att personer som bor på särskilt boende ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att personer som bor på särskilt boende ska få vård och omsorg som utgår ifrån bästa tillgängliga kunskap behövs ett strukturerat samarbete där de olika yrkesgruppernas kompetenser tillvaratas och kompletterar varandra. Detta är viktigt för individerna som bor på särskilt boende, men också för att förbättra verksamheten som helhet. Genom sin grundutbildning har legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vana att utgå ifrån evidensbaserade metoder och arbetssätt. Det är därför intressant att titta närmare på vilka förutsättningar som finns för att ny och befintlig kunskap som dessa personer har omsatts i praktiken på särskilt boende, där majoriteten av medarbetarna utgörs av omsorgspersonal.

Syfte och frågeställningar

Syfte

Syftet var att undersöka hur kompetens som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter genom sin yrkeslegitimation har, kommer till användning vid verksamhetsutveckling och i det dagliga arbetet på särskilt boende.

Frågeställningar

- Vilka förutsättningar finns för kunskapsinhämtning?
- Vilka förutsättningar finns för att använda sin grundläggande kompetens och ny kunskap på individnivå?
- Vilka förutsättningar finns för att integrera sin grundläggande kompetens och ny kunskap i den ordinarie verksamheten?

Målgrupp

Målgruppen var legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade kliniskt på särskilt boende i Nestors ägarkommuner, det vill säga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Avgränsningar

- Särskilda boenden för äldre i Nestors ägarkommuner, både kommunal och privat regi.
- Dietister, farmaceuter, logopeder och tandhygienister inkluderades inte i denna studie eftersom de inte finns representerade inom kommunal hälso- och sjukvård i alla kommuner.
- Läkare inkluderades inte i denna studie eftersom läkarinsatser inte ingår i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård, utan ligger på regionerna.

Metod

Studien genomfördes i tre steg som byggde på varandra. Inledningsvis gjordes en enkätundersökning med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade på särskilt boende. Preliminära resultat från enkätstudien presenterades sedan, och diskuterades i två gruppintervjuer med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på särskilda boenden. Slutligen hölls ett analysseminarium kring preliminära resultat från enkäter och gruppintervjuer med chefer, utvecklingsledare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

Enkätundersökning

För att nå ut till så många som möjligt inom målgruppen valdes webbenkät som tillvägagångssätt. Enkätfrågorna skapades utifrån syfte och frågeställningar, och testade av en referensgrupp med representanter från målgruppen samt en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Totalt ingick fem personer i referensgruppen, som anmälde intresse för att delta under en nätverksträff på Nestor. Då gruppen ansåg att frågorna var lätta att förstå, och att enkäten inte tog för lång tid att svara på, gick den sedan vidare till samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Nestors ägarkommuner för eventuell justering. Inga synpunkter inkom, och den befintliga enkäten användes därför i undersökningen. Det program som användes för att skapa och distribuera enkäten var esMakerNX3 (Entergate AB, 2020).

Eftersom Nestor inte hade tillgång till målgruppens mailadresser kontaktade vi HSL-chef, utvecklingsledare, medicinskt ansvariga sjuksköterska eller andra personer i respektive kommun som kunde antas ha kontakt med aktuell målgrupp. Dessa personer förmedlade sedan länken till enkäten vidare till målgruppen. Innan länken skickades ut hade en av projektledarna haft dialog med kontaktpersoner för samtliga särskilt boenden som ingick i undersökningen. Kontaktpersonerna ombads också att rapportera hur många medarbetare enkäten gått ut till. Detta för att vi skulle kunna få en uppfattning om bortfallet. För åtkomst till enkäten användes en öppen länk, eftersom slutna (personliga) länkar hade krävt tillgång till respondenternas mailadresser. Den öppna länken gav åtkomst till enkäten obegränsat antal gånger, vilket rent teoretiskt innebar att samma person kunde svara flera gånger.

Webbenkäten skickades ut i maj 2019, och var öppen under fem veckor. Två påminnelser skickades ut till alla respondenter via kontaktpersonerna. Eftersom det inte gick att se vilka som redan hade svarat på enkäten fick även personer som redan deltagit påminnelser. En förklaring till detta gavs dock i mailet, och respondenterna uppmanades att inte svara flera gånger.

Enkätsvaren sammanställdes i esMakerNX3, dels alla svar gemensamt, men även separat för respektive yrkesgrupp. Vissa frågor korsjämfördes också med varandra i samma program.

Respondenter i enkätundersökningen

144 slutförda svar och 37 ej slutförda svar hade inkommit när enkäten stängdes. De ej slutförda svaren exkluderades från analysen eftersom många av dessa respondenter bara hade svarat på ett fåtal av enkätfrågorna. Av de 144 respondenter som slutfört enkäten arbetade 142 kliniskt på särskilt boende för äldre, och det var dessa 142 svar som analysen byggde på. Intentionen var att redovisa bortfall, men då det saknades information om hur många medarbetare enkäten gått ut till i flertalet verksamheter, var detta inte möjligt att undersöka.

Nästan 60 % av respondenterna var sjuksköterskor. Resterande enkät svar fördelades relativt jämnt mellan fysioterapeuter och arbetsterapeuter, som stod för ungefär 20 % vardera. (Tabell 1).

Tabell 1: Enkät svar, fördelning av yrken.

Yrke	Antal	Procent
Sjuksköterska	82	58
Fysioterapeut	32	22
Arbetssterapeut	28	20
Totalt	142	100

De flesta av respondenterna, 86 %, arbetade på kommunala särskilda boenden, medan 14 % var anställda inom privat regi.

Mest förekommande var att närmaste chefen var enhetschef över en övergripande hälso- och sjukvårdsenhet, vilket 63 % av respondenterna svarade. För 30 % var istället enhetschefen på ett särskilt boende där man arbetade den närmaste chefen, medan 7 % av respondenterna svarade att chefen hade en annan roll. Det kunde exempelvis vara som verksamhetschef, VD, gruppchef över HSL-enhet, gruppchef över sjuksköterskor, eller enhetschef för HSL-rehab, funktionshinderområdet samt sköterskejourn. Vidare svarade majoriteten av respondenterna, 91 %, att den närmaste chefen hade yrkeslegitimation inom hälso- och sjukvård, medan drygt 8 % svarade att chefen inte hade det. Endast en person, vilket motsvarar under 1 %, kände inte till om chefen hade yrkeslegitimation.

På frågan om hur många äldre personer som ingick i ens uppdrag varierade svaren stort för sjuksköterskor (5-500). En del sjuksköterskor hade kommenterat att de var omvårdnadsansvariga för ett visst antal personer, men att det ändå ingick fler boende i uppdraget, eller att man jobbade som jour ibland. Respondenter från alla yrkesgrupper uppgav att under helger och semester kunde fler särskilda boenden tillkomma jämfört med under vardagar, vilket då innebar fler äldre personer. En del svarade att detta också gällde om en kollega blev sjuk. Utöver särskilt boende kunde dagverksamheter, LSS-boenden och servicelägenheter ingå i ens uppdrag. För arbetssterapeuter och fysioterapeuter ingick i genomsnitt 65 respektive 69 äldre personer i deras uppdrag. Sjuksköterskor, utan vad vi tolkat som jourtjänst, hade i genomsnitt 24 äldre personer i sitt uppdrag. (Tabell 2).

Tabell 2: Antal äldre personer/boende som ingår i ens uppdrag.

Yrke	Antal äldre personer i ens uppdrag (medelvärde)	Lägst förekommande antal	Högst förekommande antal
Sjuksköterska	24*	5	90*
Fysioterapeut	69	34	115
Arbetssterapeut	65	30	100

*Av sjuksköterskorna uppgav 13 respondenter höga värden som stack ut från övriga svar, vilket indikerar någon form av jourtjänst. De flesta sjuksköterskor uppgav att 10-30 äldre personer ingick i deras uppdrag, och för att inte få ett missvisande resultat exkluderades värden mellan 125 och 500 innan beräkningen av medelvärde genomfördes.

Gruppintervjuer

För få en ökad förståelse för vad enkätens resultat innebar bjöds legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal från särskilt boende in till ett analysseminarium. På grund av få anmälda deltagare ställdes dock seminariet in. Istället genomfördes gruppintervjuer med samma målgrupp på deras arbetsplatser. Inbjudan till detta skickades till de kontaktpersoner som tidigare administrerat enkäten. Två chefer anmälde intresse, och därför genomfördes gruppintervjuer på två särskilda boenden i olika kommuner. Ett boende drevs i kommunal regi, och det andra privat. Nestors önskemål var att alla tre professioner skulle finnas representerade under intervjuerna, men av olika skäl så deltog ingen fysioterapeut vid något av tillfällena. Ibland uttalade sig arbetsterapeuterna om fysioterapeutens roll, eftersom de jobbade nära varandra och därför hade insikt i dennes arbete. Grupperna bestod av 3-5 personer och ägde rum i oktober och november 2019. Intervjuerna var semistrukturerade och intervjuguiden innehöll öppna frågor som utgick ifrån den preliminära analysen av enkätsvaren. Relevanta följdfrågor ställdes också. En projektledare intervjuade, medan den andra antecknade. Intervjuerna spelades inte in. De citat som förekommer i rapporten antecknades ordagrant under intervjuerna.

Anteckningarna från intervjuerna sammanfattades skriftligt, och utifrån denna sammanfattning kunde projektledarna urskilja ett antal dilemman som togs vidare till analysseminariet.

Analysseminarium

I ett sista steg hölls ett analysseminarium med personer som på olika sätt var engagerade i legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals arbete på särskilt boende. Inbjudan till seminariet låg öppen på Nestors webbsida och vände sig till bland annat utvecklingsledare, medicinska ansvariga sjuksköterskor och hälso- och sjukvårdschefer i kommunerna. Samma inbjudan skickades också ut via mail till personer med relevanta tjänster som sedan tidigare fanns i Nestors kontaktlista. Syftet med analysseminariet var att utifrån preliminära resultat från enkäter och gruppintervjuer arbeta fram konkreta förslag på hur legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kunskap skulle kunna tillvaratas på bästa möjliga sätt, både i det dagliga arbetet och i verksamhetsutveckling, på särskilt boende.

Resultat

Resultatets disposition utgår ifrån undersökningens tre frågeställningar. Under varje frågeställning redovisas resultatet från enkäten och gruppintervjuerna, medan de förslag som framkom under analysseminariet beskrivs sist i resultatdelen. Med respondenter avses de personer som svarat på enkäten, medan medverkande i gruppintervjuer och analysseminarium beskrivs som deltagare.

Förutsättningar för kunskapsinhämtning

Enkäten

I enkäten ställdes frågor om möjligheten att hålla sig uppdaterad, dels i sin yrkesroll, men också inom mer allmänna områden såsom administration och kommunikation.

Majoriteten av respondenterna, 85 %, ansåg att de hade möjlighet att hålla sig uppdaterade när det gällde nya rön, behandlingsmetoder, forskning etc. kopplat till den egna yrkesrollen. Knappt 14 % menade dock att det inte fanns möjlighet till detta. Gällande nationella lagar, föreskrifter och riktlinjer som påverkade arbetet svarade drygt 90 % att de hade möjlighet att hålla sig uppdaterade, medan ungefär 4 % inte hade det.

De främsta källorna till ny kunskap var kunskapsbanker på Internet (exempelvis Vårdhandboken, Janusinfo, Senior Alert), externa och interna utbildningar samt möten på arbetsplatsen där endast personer med samma yrke som en själv deltar, såsom sjuksköterskemöten. Med externa utbildningar avsågs större konferenser, Nestors utbildningar, nationella webbutbildningar och liknande, medan interna utbildningar exempelvis kunde vara planeringsdagar eller kommunens egna webbutbildningar. Nästan hälften av respondenterna, 46 %, hade aldrig deltagit i en kurs/utbildning som tog ut en deltagaravgift, och 27 % hade inte deltagit i någon kurs/utbildning under arbetstid det senaste året. Några kommenterade att de gått utbildningar på högskolenivå under sin fritid, eftersom arbetsgivaren inte godkände studier på arbetstid.

Av respondenterna hade knappt 8 % ofta tid att läsa nya artiklar, rapporter och riktlinjer under arbetstid, medan 45 %, uppgav att de sällan hade tid till detta. Ungefär 12 % ansåg att de aldrig hade tid att läsa artiklar och likande under arbetstid, ändå menade drygt hälften av dessa respondenter att de helt eller delvis hade möjlighet att hålla sig uppdaterade inom nya rön, forskning, föreskrifter och liknande.

Gruppintervjuer

Resultatet från enkäten tydde på att inhämtning av kunskap inte var något problem för de flesta respondenter, men eftersom vi i andra sammanhang fått indikationer på det motsatta så ställdes frågor om hur detta gick till i praktiken.

Att det var svårt att avsätta tid för att läsa artiklar, riktlinjer och liknande bekräftades under gruppintervjuerna. Deltagarna beskrev att intressant litteratur ofta samlades på hög med avsikten att de skulle läsa den när tid fanns. På en av arbetsplatserna hade arbetsterapeuten och fysioterapeuten avsatt en timme varje eftermiddag för att hinna ”göra annat” än kliniskt arbete. Detta var dock svårt att hålla, eftersom annat för det mesta kom emellan.

”Luckan finns när luckan finns, det går inte att planera” (sjuksköterska)

Ibland uppstod situationer när deltagarna behövde söka upp specifik kunskap i stunden, vilket gjorde att de till viss del höll sig uppdaterade. En annan strategi för att hämta in ny kunskap var att ta del av det man tyckte var intressant kopplat till sin yrkesroll på fritiden. Information från företag som kom till arbetsplatsen var ytterligare ett sätt att få till sig kunskap, likaså att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan gjorde mailutskick om exempelvis nya riktlinjer. En arbetsterapeut nämnde att hen behövde söka upp kunskap själv eftersom det inte fanns någon medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen. Detta gjordes bland annat på Socialstyrelsens webbplats, via fackförbundet och yrkeskårens konton på sociala medier. I övrigt poängterade deltagarna att lärandet ofta skedde vid datorn. Ibland kom direktiv uppifrån om att alla medarbetare skulle göra vissa webbutbildningar. I dessa fall avsatte man själv tid, men var tvungen att gå iväg om det hände något på arbetsplatsen. I en kommun fanns 5-6 webbutbildningar som skulle göras varje år, och var och en genomförde utbildningarna i sin takt utan gemensam reflektion efteråt.

Det var dock inte helt självklart att utbildningar enbart sågs som något positivt, eftersom det medförde att man lämnade sina kollegor på arbetsplatsen med allt ansvar. I en verksamhet turades sjuksköterskorna om att delta i utbildningar för att det skulle bli rättvist. I den andra intervjugruppen upplevde sjuksköterskorna att deras chef uppmuntrade dem att gå utbildningar, men när det gällde att sprida vidare kunskapen var det ofta begränsat till information på arbetsplatsträffar (APT) utan möjlighet till reflektion.

Förutsättningar för att använda kunskapen på individnivå

Enkäten

De allra flesta respondenter, 93 %, ansåg att de hade mycket eller ganska stort inflytande över hur de la upp och genomförde sina dagliga arbetsuppgifter. Det var endast ett fåtal, ungefär 2 % av samtliga respondenter, som upplevde att de hade ganska eller mycket litet inflytande över sina egna arbetsuppgifter. I denna grupp fanns inga sjuksköterskor, utan bara arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Organisatoriska anledningar uppgavs vara orsak till detta, såsom ny chef, att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inte anses viktiga i den nya organisationen, och att information oftast kommer när beslut redan är tagna.

Enligt 90 % av respondenterna var det mycket eller ganska troligt att de använde nya kunskaper i sitt arbete. En respondent kommenterade dock att nya kunskaper kan försummas på grund av stor andel administrativt arbete, och en annan att det kändes som att många nya rön och rutiner kommer sist till kommunala boenden/kommunal hälso- och sjukvård.

”Min anställning är till största delen administrativ. Har väldigt lite tid till att faktiskt arbeta praktiskt vilket gör att nya kunskaper kan försummas eftersom att tiden inte finns där”.

Gruppintervjuer

När det gällde möjligheten att styra över sitt eget arbete uttrycktes i båda intervjugrupper en stor frustration kring att administrativt arbete tog orimligt mycket tid från det egentliga yrkesutövandet. Dokumentation skedde i flera parallella journalsystem och kvalitetsregister, vilket innebar att samma sak måste skrivas flera gånger på olika ställen. Andra typer av administrativa uppgifter som tog upp stor del av arbetstiden kunde exempelvis vara beställningar av material och felanmälan av larm, det vill säga sådant som inte hade med den egna yrkesrollen att göra. Ett annat hinder som diskuterades var att undersköterskor och vårdbiträden inte hade kompetens att utföra alla uppgifter som de förväntas utföra. Detta innebar att sjuksköterskor ofta fick täcka upp och göra uppgifter som egentligen var undersköterskornas, vilket ledde till att de inte hann med sina egentliga arbetsuppgifter.

Från sjuksköterskornas sida fanns en frustration kring att en del av deras medicinska kunskap inte användes, eftersom boende skickades till sjukhus för vissa insatser som de egentligen hade kompetens att utföra. Här fanns tankar om att vissa enklare moment skulle kunna utföras på plats, exempelvis inläggning av infarter vid behov av dropp eller intravenös antibiotikabehandling. Det ansågs onödigt att orsaka extra lidande för den äldre personen genom att åka in till sjukhus, när man egentligen hade kompetens att lösa problemet på boendet. En sjuksköterska nämnde att det ingick i jobbet som sjuksköterska på särskilt boende att tappa en del tekniska kunskaper, men att man samtidigt lärde sig annat. Det nämndes också att sjuksköterskorna var tvungna att hantera vissa medicinska situationer själva på särskilt boende, vilket skilde sig från sjukhus där man haft läkare omkring sig dygnet runt. En arbetsterapeut menade att det var stort fokus på hjälpmedel och ADL/personlig vård, istället för att använda ett mer aktivitetsbaserat arbetssätt med utgångspunkt i vad personen skulle behöva för att kunna utföra en viss syssla eller aktivitet. Det poängterades också att det är svårt att göra något nytt bara för att man har läst det i en studie.

Förutsättningar för att integrera kunskapen i den ordinarie verksamheten

Enkäten

Den närmaste chefen gav bra stöd när det gällde att föra in ny kunskap i arbetet enligt ungefär 65 % av respondenterna. Drygt 20 % ansåg att chefen varken gav bra eller dåligt stöd, och 15 % att chefen gav dåligt stöd. I svaren sågs en tendens till att de respondenter som hade deltagit i någon typ av utbildning under det senaste året, upplevde ett bättre stöd från chefen med att föra in ny kunskap, jämfört med de som inte deltagit i någon utbildning. Stödet från chefen verkade även ha betydelse för hur väl respondenternas yrkeskunskaper kom till användning i den egna verksamheten. Det fanns en antydning till att de som upplevde ett bra stöd från chefen gällande att föra in ny kunskap, i högre grad också ansåg att deras yrkeskunskaper nyttjades väl på arbetsplatsen.

Endast sjuksköterskor svarade att deras yrkeskunskaper användes helt optimalt i verksamheten. På frågan vad man skulle vilja förändra för att ens yrkeskunskaper skulle komma till större nytta,

nämnde flera respondenter att de ville handleda och utbilda omsorgspersonal i större utsträckning. Bättre dokumentationssystem efterfrågades också för att minska den administrativa tiden. I samband med detta svarade en del att de ville arbeta mer ute på enheterna tillsammans med övrig personal, vilket exemplifieras av följande svar på den öppna frågan angående vad respondenterna ville ändra på:

”Jag skulle önska få mer tid för att träna med mina patienter”.

”Mindre mekande med hjälpmedel, sängar, taklyftar”.

”Mer samverkan med omvårdnadspersonal när det gäller individuella planer för brukarna”.

”Mera teamtänk på äldreboendet, att inte bli andra yrkeskategoriers åtgärd utifrån deras bedömning när sjukgymnast behövs”.

Några uttryckte även att deras yrkesroll behövde förtydligas och klargöras:

”Skulle behöva tydligare riktlinjer och guidning till att hitta min roll inom verksamheten”.

”Hjälpmedel och förflyttningar är en självklar men mycket liten del av den sjukgymnastiska kompetensen. I dagsläget handlar mina förväntade insatser uteslutande om detta. I övrigt är vi specialister som behandlar åkommor i rörelse-stöd apparaten, något som inte utnyttjas överhuvudtaget från ett verksamhetsperspektiv. Alla insatser på den här fronten är självständiga initiativ och ingen kompetens eller insats förväntas”.

Det fanns också önskemål om att arbeta mer med verksamhetsutveckling, samtidigt som drygt en fjärdedel (26 %) av alla respondenter menade att de inte såg något behov av förändring alls.

När det gällde att sprida ny kunskap vidare till övriga medarbetare, exempelvis efter en utbildning, ansåg majoriteten av respondenterna att de på ett strukturerat sätt spred kunskapen vidare till omsorgspersonal (ca 80 %), personer med samma yrke som en själv (ca 85 %). Något färre (drygt 55 %), spred kunskapen till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med annan profession. Vidare menade ungefär 65 % av respondenterna att de hade möjlighet att reflektera och diskutera med sina arbetskamrater när de lärt sig något nytt inom det egna yrkesområdet. Knappt 45 % hade haft tid avsatt för reflektion i grupp det senaste halvåret, medan drygt 55 % av respondenterna inte hade haft det.

Drygt 70 % av respondenterna uppgav att de vid minst ett tillfälle varit delaktiga i att påverka rutiner som man själv trodde haft positiv betydelse för de boende. Detta kunde exempelvis gälla nya rutiner för stärkt teamarbete, måltidssituationen, palliativ vård, läkemedelshantering och användning av nationella kvalitetsregister som BPSD och Senior Alert.

Gruppintervjuer

I relation till att enkätresultatet om reflektion i grupp presenterades, lyfte deltagarna avsaknaden av tid för tvärprofessionell kommunikation. Både när det gällde specifika situationer som till exempel om en boende hade början till trycksår, men även mer generellt. I båda gruppdiskussionerna var deltagarna överens om att det inte fanns tid för reflektion, eftersom de för det mesta låg efter med andra uppgifter. På en av arbetsplatserna fanns en enhet som hade en viss certifiering som krävde att tid för reflektion skulle avsättas varje månad. Detta gällde dock enbart för omsorgspersonalen, och legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal deltog därför inte. Syftet var dock inte primärt att utbyta kunskap, utan fokus låg på individnivå gällande exempelvis bemötande.

På frågan om det fanns några strukturer eller särskilda funktioner/personer som stödde eller uppmuntrade till lärande nämnde en sjuksköterska att överlappande pass kunde vara en struktur för att skapa mer tid, och därmed möjliggöra reflektion mellan medarbetarna. En person hade på en tidigare arbetsplats också varit med om att sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut fick en halv dag var till nyanställda för att förmedla det som var viktigt utifrån deras perspektiv.

Under intervjuerna kom det även upp att kunskap kunde spridas genom att sjuksköterskor emellanåt växlade mellan olika arbetsplatser, och att ny kunskap då kom in i verksamheten. I detta sammanhang nämndes också diskussioner sjuksköterskor emellan i det dagliga arbetet, eller i samband med dokumentation. Denna typ av reflektion skedde dock inte med, eller mellan, andra yrkesgrupper. En arbetsterapeut kunde ibland ringa till andra arbetsterapeuter om problem uppstod, men kände inga kollegor i kommunen väl och gjorde det därför sällan. Inte heller sjuksköterskor brukade ringa varandra. Oftast fanns heller ingen klar lösning på problem, utan alla gjorde på sitt sätt. I en kommun hade arbetsterapeuter och fysioterapeuter sällan möten med sina yrkeskollegor, vid intervjutillfället hade det gått ett år sedan sist.

Ett annat resultat från enkäten som diskuterades var huruvida ens yrkeskunskaper används optimalt i verksamheten. Här identifierade intervjudeltagarna ett hinder i att det praktiska arbetet nära de boende genomfördes av undersköterskor eller vårdbiträden. Ofta hade den sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut som sett behov av, och utformat insatsen, ingen inblick i om och hur den faktiskt genomfördes.

”Vi borde kanske egentligen titta när undersköterskorna sköter hygien, men det hinner man inte. Nu noteras inte kunskapsbrister förrän något händer”. (sjuksköterska)

”Fler sjuksköterskor närvarande i den direkta omvårdnaden skulle öka kvaliteten för de boende. Nu måste vi lita på vårdpersonalen, om de säger att ”Bertil” äter bra- jag har ingen aning. Jag har ingen möjlighet att kolla”. (sjuksköterska)

”Jag skulle vilja vara på en avdelning en hel dag, men springer på bollar”. (arbetsterapeut)

En arbetsterapeut menade att bakgrundsinformation kring varför ett visst arbetssätt eller insats ska göras var viktig för att omsorgspersonalen skulle känna sig trygga och arbeta i enlighet med arbetsterapeutens instruktioner. Dock beskrev hen att det var svårt att få till, eftersom att stötta de boende att upprätthålla funktioner ofta tar mer tid än att utföra sysslor åt dem. Omsorgspersonalen hade många gånger inte tid att arbeta enligt arbetsterapeutens instruktioner, eller var "snälla" och hjälpte den boende fast denne egentligen kunde utföra aktiviteten själv. En arbetsterapeut uttryckte frustrationen över vilka konsekvenser detta kunde få för de boende:

"Jag kan inte stötta kunderna att upprätthålla sina funktioner fast jag borde. Skulle de bibehålla sina funktioner bättre skulle det också bli mer delaktighet. Nu gör personalen saker åt kunderna, det är som en hotellverksamhet". (arbetsterapeut)

Ett annat dilemma som framkom under intervjuerna var otydligheten i yrkesrollerna hos arbetsterapeuter och fysioterapeuter, och att omsorgspersonalen inte visste vilka arbetsuppgifter som respektive profession ansvarade för. En ytterligare försvårande omständighet var att det var svårt att tyda vem som dokumenterat vad i patientjournalen.

"Personalen kan inte skilja mellan oss, de vet inte vem som gör vad. Kunderna vet inte alls. Vi har hela huset, dagverksamheten och alla möten. Vi hinner inte vara på alla avdelningar". (arbetsterapeut angående sin och fysioterapeutens yrkesroller)

Sammanfattning av resultat från enkät och gruppintervjuer

Majoriteten av respondenterna i enkätundersökningen svarade att de kunde hålla sig uppdaterade men motsägelsefullt nog angav nästan hälften av respondenterna att de sällan hade möjlighet att läsa artiklar, rapporter, riktlinjer och liknande under arbetstid. Under intervjuerna diskuterades att en förklaring till detta skulle kunna vara att internetbaserade kunskapsbanker, som enligt enkäten var den främsta källan för kunskapsinhämtning, troligen inte räknades som läsning av litteratur. Det klargjordes också att en del kunskap automatiskt kom till en via företag eller kommunens medicinska ansvariga sjuksköterska, vilket gjorde att man själv inte behövde söka upp information. Då ingen av Nestors ägarkommuner har funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering, gäller den sistnämnda informationskanalen främst för sjuksköterskor. I både enkät och gruppintervjuer framkom det att fortbildning och inhämtning av yrkesrelaterad kunskap skedde på fritiden samt att specifik kunskap söktes upp först när ett problem uppstod på grund av tidsbrist. De flesta av respondenterna i enkätundersökningen hade deltagit i någon kurs eller utbildning under arbetstid det senaste året, men många var hänvisade till kostnadsfria alternativ.

Att tillämpa ny kunskap på individnivå sågs egentligen inte som något större problem i enkätundersökningen. Nästan alla respondenter upplevde att de hade stort inflytande över sitt eget arbete, och att det var troligt att nya kunskaper användes av en själv. Majoriteten av respondenterna i enkätundersökningen menade att de spred vidare ny kunskap till övrig personal. I gruppintervjuerna framkom att detta vanligen skedde kortfattat på APT, eller via mail. Drygt hälften av deltagarna i enkätundersökningen hade inte haft tid avsatt för reflektion

i grupp det senaste halvåret, och generellt saknades forum för tvärprofessionell kommunikation. Resultat från både enkät och intervjuer visade att det var mer förekommande att diskutera med yrkeskollegor bland sjuksköterskor jämfört med arbetsterapeuter och fysioterapeuter som ofta var ensamma i sitt yrke på arbetsplatsen.

Endast sjuksköterskor uppgav i enkäten att deras yrkeskunskaper användes helt optimalt. Överlag var skattningen av hur den egna kunskapen användes i verksamheten hög för samtliga yrkesgrupper. Samtidigt visade gruppintervjuerna på att en stor del av arbetstiden användes till uppgifter där den yrkesspecifika kunskapen inte var relevant, som allmänna servicesysslor, eller att täcka upp för uppgifter som egentligen var omsorgspersonalens ansvar. Det framkom även andra hinder som direkt eller indirekt påverkade yrkesutövandet, såsom att administration och journalföring tog orimligt mycket tid, och att arbetsterapeuters och fysioterapeuters kompetenser inte alltid uppmärksammades och nyttjades. Det uttrycktes också önskemål om att få arbeta mer ute i verksamheterna tillsammans med övrig personal.

Sammanfattningsvis så visade resultaten från enkäten och gruppintervjuer på att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal upplevde att det fanns vissa förutsättningar för att använda och vidareutveckla den egna yrkeskunskapen. Samtidigt framträdde stora hinder för att kompetensen skulle komma verksamheten, och de boende till nytta på bästa sätt. Dessa hinder kan sammanfattas som:

- En stor del av arbetstiden användes till uppgifter där den yrkesspecifika kunskapen inte kom till användning. Det berodde delvis på att mycket tid gick till onödigt krånglig administration, och på att omsorgspersonalen inte hade den kompetens som de förväntades ha. Därför behövde legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utföra en del av deras sysslor.
- Arbetsterapeuter och fysioterapeuters roller kunde vara otydliga i verksamheterna. De la också mycket tid på sådant som inte ingick i deras profession, som exempelvis felanmälan och administration av larm.
- Rutiner och sammanhang för att förmedla och ta del av kunskap mellan olika professioner saknades ofta, likaså möjligheten till reflektion i grupp.

Analyseseminarium

I analyseseminariet deltog totalt elva personer från åtta kommuner. Av dessa var fyra medicinskt ansvariga sjuksköterskor, två utvecklingsledare, fyra chefer/ledare över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och en verksamhetschef för ett särskilt boende. Deltagarna delades upp i två grupper med intentionen att få så blandade grupper som möjligt utifrån de yrkesroller som fanns representerade. Personer som arbetade i samma kommun placerades i olika grupper.

De övergripande frågorna som diskuterades var:

- Vilka strukturer skulle kunna bidra till att mer av arbetstiden används till uppgifter där den yrkesspecifika kunskapen kommer till användning?
- Hur skulle arbetsterapeuter och fysioterapeuters yrkeskunskaper kunna bli mer tydliga i verksamheten?
- Hur skulle ny kunskap kunna spridas och integreras i verksamheten?
- Hur skulle möjligheter till reflektion kunna skapas?

Förslagen från gruppdiskussionerna är presenterade i form av fyra övergripande teman som beskrivs nedan.

Förtydligade roller

Under analysseminariet diskuterades olika förslag för hur den legitimerad hälso- och sjukvårdspersonalen skulle kunna ägna mer tid åt uppgifter där deras yrkeskunskap kom till användning och mindre tid åt uppgifter som inte var relaterade till deras yrkeskunskap. Förslagen handlade till stor del om att tydliggöra yrkesrollen. Det visade sig att många verksamheter saknade arbetsbeskrivningar för anställda yrkesgrupper. Ett förslag var att personalavdelning/HR och chef tillsammans med representanter från aktuell yrkesgrupp skulle ta fram respektive arbetsbeskrivning, som sedan kunde ingå i kvalitetsledningssystemet. För att levandegöra arbetsbeskrivningarna var ett förslag att de olika yrkesgrupperna skulle kunna berätta om sina kompetenser för varandra, exempelvis under en planeringsdag, så att alla i verksamheten får kännedom om vad som ingår i de olika yrkesrollerna. Det nämndes också att medarbetarsamtalet skulle kunna användas till att tydliggöra rollerna. Intervjuer och enkäter visade på att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utförde många uppgifter som behöver göras, men som inte är relaterade till deras kompetens. Mot bakgrund av detta diskuterade deltagarna i analysseminariet arbetsbeskrivningar som ett första steg för att identifiera sådana uppgifter som inte ingår i någon arbetsbeskrivning eller rutin. Någon enkel lösning på hur de uppgifter som inte rymdes i nuvarande professioners uppdrag skulle organiseras fanns inte, men ett förslag var att anställa en vaktmästare eller administratör. Ett annat att låta en ekonom titta på hur kompetensen och tiden användes, och hur arbetsuppgifter fördelades mellan legitimerad- respektive omsorgspersonal. Vikten av att ha funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen lyftes också under seminariet, eftersom denne kan säkerställa att rehabiliterande och habiliterande insatser utförs, och därmed stärka arbetsterapeuter och fysioterapeuters uppdrag. Likaså att kommuner har krav på sig att tillhandahålla rehabilitering, vilket kräver att de anställer personer med rehabiliteringskompetens. Deltagarna i analysseminariet betonade också den lagstiftning som finns för rehabilitering i kommuner, och att egenvård¹ med hjälp av någon annan (SOSFS 2009:6) med fördel kunde synliggöras mer i verksamheterna. Att

¹ Med egenvård menas en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård kan också utföras med hjälp av någon annan. (SOSFS 2009:6).

arbetsterapeuter och fysioterapeuter ofta arbetade nära varandra, och på vissa arbetsplatser även täckte upp för varandra under semester och liknande, ansågs vara en annan orsak till att övrig personal hade svårt att förstå vem som gjorde vad.

Omsorgspersonalens kompetens och ansvarsområde

Resultaten från enkät och gruppintervjuer visade på flera problem som hade med relationen mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal att göra. Många av deltagarna i analysseminariet hade erfarenhet av olika sätt att hantera problemet, men lösningarna sågs generellt som ett "nödvändigt ont" snarare än som kreativa lösningar. Till exempel användes olika typer av signeringslistor som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal skapade till omsorgspersonalen. Deltagarna uttryckte en ambivalens kring detta eftersom de ansåg att vissa saker borde vara självklara och inte behöva checkas av, exempelvis vila och toalettbesök. På grund av bristande kompetens bland undersköterskor sågs dock ett behov av att använda denna typ av checklistor. Att införa digital signering för insatser delegerade av arbetsterapeuter och fysioterapeuter diskuterades också för att höja statusen, och visa hur viktiga dessa insatser är.

Att skapa ombudsroller var ett vanligt sätt att ge omsorgspersonal mer ansvar för ett visst område, men det fanns både för- och nackdelar med detta ansåg deltagarna. Slentrianmässiga ombudsroller förekom ofta, istället för att genuint intresserade personer fångades upp. Deltagarna menade också att "någon", i de flesta fall en utvecklingsledare eller chef, behövde driva allt som följde med ombudsrollerna såsom struktur och planering. Många områden, såsom vårdhygien, måste även drivas tillsammans med chefen och inte bara genom ombud. En identifierad nackdel var att det sällan blev någon spridning av kunskap, varken utanför ombudsgruppen, eller mellan olika enheter. Deltagarna var överens om att det fanns ett behov av att få in kunskapen mer i det dagliga arbetet, men var inte säkra på att ombud var rätt lösning. På grund av stor personalomsättning blev även omsättningen av ombud stor. Någon koppling mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kunskap och omsorgspersonal med ombudsroller gjordes inte under analysseminariet.

Skapa konstruktiva och lärande möten

Under analysseminariet diskuterade deltagarna olika sätt att skapa konstruktiva och lärande möten som ett sätt att både sprida och integrera kunskap i verksamheten och som forum för reflektion. Vid några av de representerade verksamheterna fanns vissa mötesstrukturer som fungerade för att lära av varandra. I en kommun samlades all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal från särskilt boende under en timme varannan vecka. Denna tid kunde användas till att ta in externa föreläsare, eller att delge varandra saker. Ibland hamnade fokus på upplevda problem, som inte kunde lösas på plats. Ett sätt att undvika detta var att deltagarna fick förmedla något positivt till sina kollegor, istället för att fokusera på det negativa. För att så många som möjligt skulle kunna delta hade en sjuksköterska ansvar för jourtelefonen under detta möte. Trots att detta var en struktur som var inarbetad och fått fäste i organisationen, så utnyttjades den ändå inte alltid av alla. I en annan verksamhet turades legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal om att ta med sig ett "etiskt dilemma" till ett möte som ägde rum varje månad.

Gemensamt för båda dessa strukturer var att utvecklingsledaren ansvarade för mötena, och att de endast var legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som deltog.

Resultaten från enkäter och intervjuer visade på att det ofta saknades tid och struktur för att reflektera och förmedla kunskap i olika personalkonstellationer. Detta var något som deltagarna i analysseminariet kände igen. De hade erfarenhet av att det var svårt att hitta tider då så många som möjligt ur personalen kunde delta, särskilt när det gällde nattpersonal. Även om möten bokades in så blev de ibland inte av på grund av tidsbrist. Ett förslag som uppkom var att i likhet med Silvia-certifiering ställa krav på tid för reflektion för att uppfylla kommunens grundkvalitet eller upphandlingskrav.

Deltagarna föreslog rutiner för att reflektera kring avvikelser i grupp som ett sätt att främja ett reflekterande förhållningssätt. I dessa mer eller mindre spontana träffar skulle personalen reflektera kring vad som hänt och varför, och hur det går att förebygga så att samma sak inte händer igen. Detta gjordes i några verksamheter, med förhoppningen att det reflekterande tankesättet även skulle sprida sig till det vardagliga arbetet. När det gällde verksamhetsutveckling generellt lyftes vikten av att utgå ifrån det som redan gjordes bra, och sedan fundera över hur detta skulle kunna utvecklas till något ännu bättre. Att införa överlappningstid för sjuksköterskor sågs heller inte som helt omöjligt, men det skulle då troligen handla mer om ett tillfälle för kommunikation kring enskilda individer snarare än verksamhetsutveckling.

Deltagarna menade att det var chefens ansvar att möjliggöra möten. Trots chefens medgivande var det dock inte säkert att detta utnyttjades. Här sågs ett behov av att tillsammans jobba på att respektera mötestider, och inte ha som grundinställning att delta i möten i mån av tid. Några såg också ett behov av att kartlägga befintliga möten, och hur dessa fungerade. Kanske behövdes en omstrukturering av exempelvis teammöten? På en arbetsplats fanns intentionen att gå igenom ett stort antal boende på ett kort sjuksköterskemöte, vilket ledde till att man inte hann reflektera med varandra under mötet.

Förankra utbildningar

Deltagarna var överens om att APT inte var ett forum för att förmedla kunskap efter utbildningar och liknande. Likaså delade de flesta erfarenheten att det saknades struktur för hur kunskap som personal tagit del av i olika utbildningar skulle omsättas i verksamheterna. Här betonades vikten av att redan inför en utbildning ha en tydlig plan för hur kunskapen ska förankras, men att detta ofta saknades. Ett förslag som framkom i diskussionerna var att personalen tillsammans under ett APT kunde fundera över vilken kunskap som behövdes, och sedan kunde chefen söka efter utbildningar som motsvarade detta behov.

Diskussion

I denna studie framkommer att det finns en potential och en vilja att stärka integreringen av den beforskade och erfarenhetsbaserade kunskap som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter besitter in i den ordinarie verksamheten på särskilt boende. Detta sågs både hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, och hos personer i mer ledande roller som deltog i analysseminariet. Eftersom studiens resultat visade att inhämtning av kunskap inte betraktades som något större problem, kommer diskussionen fokusera på hur ny och befintlig kunskap hos legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kommer till användning i verksamheten, och därmed till nytta för de boende.

I studien lyfts ett antal hinder, och en del idéer kring hur hindren skulle kunna hanteras. Vi har valt att beskriva dessa utifrån fyra rubriker:

- Hur ska de boende få tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens?
- Strukturer för samarbete där olika kompetenser kommer de boende till bästa möjliga nytta
- Relevant administration
- Att utveckla verksamheten - en lärande organisation

Studiens fokus har varit hur legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens kommer till nytta. Resultatet visade dock tydligt att omsorgspersonal och chefer har viktiga roller i relation till detta. Därför kommer vi också till viss del diskutera dessa yrkesgruppers roller och uppdrag. Betydelsen av andra professioner som exempelvis läkare, dietist och logoped har figurerat mycket lite, eller inte alls i resultatet, och kommer därför inte diskuteras. Det innebär dock inte att vi anser att dessa professioner är mindre viktiga.

Hur ska de boende få tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens?

Personer som bor på särskilt boende i Sverige idag är multisjuka och har ett stort behov av vård och omsorg. Insatser av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är nödvändiga för att dessa personer ska kunna leva ett värdigt liv och känna välbefinnande i enlighet med äldreomsorgens nationella värdegrund (Socialstyrelsen, 2012). I denna studie framkom flera faktorer som hindrade sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter från att utföra de arbetsuppgifter som de har särskild kompetens för, det vill säga att arbeta evidens- och kunskapsbaserat. Dessa faktorer var framförallt kopplade till organisationen och arbetssituationen. Att inte ha möjlighet att nyttja sin professionella kompetens kan minska möjligheter att upprätthålla och utveckla sin kompetens i det dagliga arbetet (Ellström, 1992, sid 42). I vår studie såg vi tydliga hinder för yrkesutövandet, vilket alltså skulle kunna leda till att kompetens tappas på sikt, eller att kompetensen inte utvecklas. I praktiken innebär det att äldre personer i särskilt boende inte får den hälso- och sjukvård de behöver. Att den kompetens som finns hos den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen kommer de boende till nytta är därför mycket angeläget.

Låga eller vaga förväntningar från andra att använda yrkeskunskaperna

En faktor som hindrade arbetsterapeuter och fysioterapeuter från att använda sina yrkeskunskaper fullt ut var att de många gånger upplevde att deras uppdrag och roller var oklara. Ibland fanns inte heller några direkta förväntningar kopplat till deras kompetens från chefers håll, vilket kanske kan förklara varför de ansvarade för arbetsuppgifter som inte alls var relaterade till deras yrkeskunskap. Att dessa yrkesgrupper kan ha en komplex och otydlig roll, och att deras arbetsuppgifter sällan sammanlänkas med andra yrkesgruppers har även framkommit i tidigare forskning (McCarroll et al., 2018; Tsakitzidis et al., 2017). Likaså att fysioterapeuter och arbetsterapeuter i den kommunala äldreomsorgen upplever ett utanförskap, och att de ses som en avskild personalgrupp på särskilt boende för äldre (Socialstyrelsen, 2003; Tsakitzidis et al., 2017). Enligt Ahlstedt et al. (2019) har möjligheten att kunna arbeta självständigt men tillsammans med kollegor med samma profession stor betydelse när det gällde motivation i arbetet för sjuksköterskor. I vår studie framkom att möjligheten att träffa andra inom den egna professionen kan vara begränsad för arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Socialstyrelsen såg redan 2003 att arbetsterapeuter många gånger tvingades erbjuda lösningar som kompenserade för funktionsnedsättningar till äldre personer inom kommunal äldreomsorg, istället för att arbeta med insatser för att förbättra funktionsförmågan (Socialstyrelsen, 2003). Precis som i vår studie uttryckte arbetsterapeuter en önskan om att arbeta mer med individuell träning/behandling, alltså specifik rehabilitering. Forskning visar att rehabiliteringsinsatser med fokus på bland annat dagliga aktiviteter/ADL, styrka, balans eller kognition kan förbättra den fysiska hälsan hos äldre personer på särskilt boende (Crocker et al., 2013). Det är därför viktigt att det finns möjlighet att i första hand erbjuda insatser som stärker den äldre personens egen förmåga.

En ytterligare aspekt är att det saknas medicinskt ansvarig för rehabilitering i samtliga av Nestors ägarkommuner, vilket kan innebära att det saknas någon med ett uttryckligt uppdrag att bevaka och driva på rehabiliteringsfrågor på övergripande ledningsnivå. Detta kan även ha betydelse för synen på rehabilitering generellt, och vara ytterligare en del i det utanförskap som arbetsterapeuter och fysioterapeuter signalerat (Socialstyrelsen, 2003). Att anställa en medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen kom också upp som förslag i denna studie, vilket även arbetsterapeuternas och fysioterapeuternas yrkesförbund förespråkar (Sveriges Arbetsterapeuter et al., 2011).

Ett stort uppdrag

Hur många äldre personer legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ansvarade för i sitt uppdrag påverkade också möjligheten för dem att kunna använda sin kunskap. I arbetsterapeuters och fysioterapeuters uppdrag ingick i genomsnitt 65-69 äldre personer, och en del hade betydligt fler än så. Arbetsterapeuters och fysioterapeuters yrkesföreningar föreslog i ett manifest från 2011 nyckeltal för rimligt antal arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom äldreomsorgen. (Sveriges Arbetsterapeuter et al., 2011). I särskilt boende var nyckeltalet 1.0 arbetsterapeut respektive fysioterapeut per 50 äldre personer, och för demensboenden rekommenderades högre bemanning. Tillgång till arbetsterapeut och fysioterapeut är enligt manifestet nödvändigt för att den äldre ska få en god och säker specifik rehabilitering. I vår studie beskrevs att arbetet många gånger handlade om att prioritera och "springa på bollar", vilket delvis kan bero på att de

föreslagna nyckeltalen inte följs i verksamheterna. Socialstyrelsen (2003) menar dock att tillgången till rehabilitering inte enbart handlar om resurser i form av personal med rehabiliteringskompetens, utan att faktorer som samarbetet med andra yrkesgrupper och handledning av omsorgspersonal också spelar roll. I vår studie framkom att arbetsterapeuter och fysioterapeuter heller inte har möjlighet att handleda omsorgspersonal i den utsträckning de såg behov av, eller önskade. Att handledning för undersköterskor behöver öka konstaterades även i utredningen Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20). När verksamheter enbart fokuserar på drift kan de bli akutstyrda, vilket tenderar att tränga undan både utvecklingsarbete och ett mer förebyggande arbete (SOU 2018:32). För de boende skulle detta sammantaget kunna innebära att både specifik rehabilitering, som utförs av arbetsterapeut eller fysioterapeut, och vardagsrehabilitering, som är ett generellt hälsofrämjande arbetssätt för omsorgspersonal, inte sker i den utsträckning som dessa äldre, multisjuka personer har behov av. Detta kan få stora konsekvenser för äldre personer, eftersom forskning visar att fysisk träning som syftar till förbättrad balans- och gångförmåga, muskelstyrka, rörlighet eller uthållighet, minskar fallfrekvensen. Träning minskar också risken för frakturer. (Gillespie et al., 2012; SBU, 2014). Att man inom den kommunala hälso- och sjukvården skulle kunna göra mer för att stödja äldre personer i sin rehabilitering framkom även som synpunkt från professionsorganisationer och yrkesgrupper i Socialstyrelsens förstudie Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård (2019).

Sjuksköterskor gör undersköterskors arbetsuppgifter

I denna studie framkom att sjuksköterskor till viss del kände sig tvungna att utföra undersköterskors arbete, vilket berodde på att det fanns en osäkerhet kring undersköterskornas kompetens, eller att kompetensen ansågs bristande. Detta problem lyftes även i utredningen Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20), och i betänkandet föreslogs införande av skyddad yrkestitel för undersköterska. Utifrån denna bakgrund tog Regeringen i december 2019 beslut om ändringar i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram, och i en promemoria (Ds 2020:15) lämnades förslag för övergångsbestämmelser under införandet av skyddad yrkestitel för undersköterskeyrket. Vår studie bekräftar att brister i kompetens hos undersköterskor är ett reellt problem som riskerar att leda till att personer som bor på särskilt boende inte får den vård och omsorg de behöver när sjuksköterskor delvis tvingas prioritera bort sina egentliga arbetsuppgifter. Dock är det rimligt att anta att även om undersköterskeutbildningarna blir reglerade och en skyddad yrkestitel införs, så kan det ta flera år innan effekterna av en sådan satsning märks i äldreomsorgen. Tidigare forskning visar att även omsorgspersonal på särskilt boende upplever att arbetsbelastningen är för hög, och att detta kan skapa känslor av otillräcklighet (Szebehely et al., 2017). Problemet går därför inte att lösa genom att lägga ännu fler arbetsuppgifter hos en yrkesgrupp som redan har fullt upp, men vi menar att det är viktigt att se över vad som kan göras redan nu för att både sjuksköterskors och undersköterskors kompetens ska komma till sin rätt i verksamheterna.

Strukturer för samarbete där olika kompetenser kommer de boende till bästa möjliga nytta

Överlag såg vi i denna studie en tydlig uppdelning mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal. Den legitimerad hälso- och sjukvårdspersonalen arbetade sällan ute i verksamheten tillsammans med omsorgspersonal, och de möteskonstellationer som beskrevs som välfungerande under analysseminariet var endast avsedda för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Ombudsgrupperna bestod på samma sätt enbart av omsorgspersonal. Detta är intressant, eftersom deltagarna i studiens alla delar uttryckte ett behov och en önskan om att förbättra teamarbetet mellan yrkesgrupperna. En anledning till denna uppdelning kan vara att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal genom sin utbildning är grundade i en vårdkultur som stärks av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), medan omsorgspersonal är grundade i en omsorgskultur som stärks av socialtjänstlagen (2001:453). Vår studie visade också att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ofta har en övergripande hälso- och sjukvårdschef som närmaste chef, medan det motsvarande för omsorgspersonalen är enhetschefen på boendet. Representanter från professionsorganisationer och yrkesgrupper uttryckte i förstudien Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2019a) att omsorgskulturen är starkare än vårdkulturen, och att vårduppdraget behöver bli tydligare i kommunerna. De betonade också att det behövs mer teamarbete mellan vård och omsorg. Socialstyrelsen (2006) menar dock att de olika lagstiftningarna inte utgör något hinder för ett gemensamt förhållningssätt, utan att det är viktigt att insatser och åtgärder samordnas för att de boende ska kunna få bästa möjliga vård och omsorg. Vidare menar Socialstyrelsen att det snarare bör ses som en ledningsfråga att personalens kompetens nyttjas på bästa möjliga sätt. Vi vill betona att syftet med både vård- och omsorgsinsatser är detsamma, nämligen att äldre personer på särskilt boende ska kunna leva ett så gott liv som möjligt, även om perspektiv och fokus skiljer sig åt. Verksamheten som helhet, och olika yrkesgrupper behöver därmed förhålla sig till både socialtjänstlagen (2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Med utgångspunkt i våra resultat kommer vi därför att diskutera samarbete i team, och vilka faktorer som påverkar huruvida de olika yrkesgruppernas kompetenser kommer till nytta för de boende.

På särskilt boende finns flera olika professioner, men detta innebär inte att medarbetarna automatiskt arbetar som ett team. Tsakitzidis et al. (2017) menar att det är viktigt att skilja mellan *multiprofessionellt* och *interprofessionellt* teamarbete. I båda arbetssätt finns flera yrkesgrupper representerade, men medan multiprofessionellt arbete innebär att var och en utför insatser på egen hand utifrån sitt kunskapsområde, betyder interprofessionellt arbete att de olika yrkesgrupperna också samarbetar. För att kunna arbeta interprofessionellt krävs också att teammedlemmarna har utbildning för detta, och att det finns möjlighet att träna på denna typ av arbetssätt (WHO, 2010; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011). Enligt WHO (2010) uppstår interprofessionellt lärande när två eller fler professioner lär om, från och med varandra i syfte att möjliggöra effektivt samarbete, och att förbättra människors hälsa. Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017) menar att interprofessionella moment bör introduceras tidigt, och vara en återkommande del i hälso- och sjukvårdsutbildningarna. Sätt att träna på teambaserade moment kan exempelvis vara genom arbetsmöten, eller att tillsammans reflektera och analysera det vardagliga arbete utifrån tänkbara

patientsäkerhetsrisker och vad som kan göras för att minska riskerna (Svensk sjuksköterskeförening et al., 2016). I vår studie sågs inga strukturer som syftade till att främja ett interprofessionellt teamarbete där samtliga yrkesgrupper var representerade. De forum som förekom var teamträffar med genomgång av många boende, vilket inte lämnade någon tid över för diskussion eller reflektion kring arbetssätt. Det vardagliga arbetet fungerade inte heller som forum för att lära av varandra eftersom den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen sällan genomförde arbetsuppgifter tillsammans med omsorgspersonalen.

Att arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom kommunal äldreomsorg efterfrågar ett bättre samarbete med andra yrkesgrupper såsom omsorgspersonal, sjuksköterska och läkare har uppmärksammats tidigare (Socialstyrelsen, 2003.) I vår studie visade det sig att det kan vara svårt för arbetsterapeuter och fysioterapeuter att tillhöra ett team eftersom de som ofta hade ”konsulttjänster” och ryckte in där behovet var som störst. Dessa yrkesgruppers uppdrag sträckte sig över flera enheter/våningar och det föll sig inte naturligt att ingå i ett team kopplat till en enhet/våning. Det var därför svårt för dessa yrkesgrupper att säkerställa att de boende fick de insatser som de initierat utifrån sin yrkeskunskap, och att insatsen genomfördes på rätt sätt av omsorgspersonalen. Zingmark (2008) fann att en orsak till att insatser som arbetsterapeuter och fysioterapeuter ordinerat uteblev, var att omsorgspersonalen inte förstod betydelsen av insatsen. I vår studie framkom att arbetsterapeuter och fysioterapeuter hade svårt att förmedla varför en viss insats bör utföras på ett specifikt sätt till omsorgspersonalen. Det kunde delvis härledas till att deras uppdrag var så pass omfattande att det inte var möjligt att vara en del av det vardagliga arbetet på enhet/våning och därmed sprida och förankra sin kunskap. Även för sjuksköterskor var möjligheten att rent praktiskt arbeta tillsammans med omsorgspersonalen begränsad, vilket ledde till en osäkerhet eftersom sjuksköterskorna inte visste vilka kunskaper som omsorgspersonalen hade och inte kände tillit till att de kunde utföra de uppgifter som förväntades. Att medlemmarna inom ett team känner trygghet och ömsesidig tillit till varandra kan skapa förtroende (Kvarnström, 2007). Detta kan i sin tur påverka arbetet med de boende så att personal vågar ”släppa” personen till de andra teammedlemmarna.

Utredningen Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20) slår fast att teamarbete mellan yrkesgrupper behöver öka för att kompetensförsörjningen i äldreomsorgen ska fungera i framtiden. I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017) står att hälso- och sjukvård och socialtjänst bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom. I riktlinjerna bedömer Socialstyrelsen att antalet team där deltagare med medicinsk kompetens, omvårdnadskompetens och rehabiliteringskompetens ingår behöver öka. Flera nationella kvalitetsregister som används inom äldreomsorgen bygger på samarbete mellan olika yrkesgrupper (Senior alert, BPSD, SveDem m.fl.). ”Checklista demens” som tagits fram av Svenskt Demenscentrum, Äldrecentrum och är ett annat exempel på verktyg som uppmuntrar till reflektion och diskussion i arbetsgruppen, vilket kan leda till ett stärkt teamarbete (Svenskt Demenscentrum et al., 2017). Enligt vår studie verkar det dock vara ovanligt med utrymme för denna typ av diskussioner i verksamheterna, även om de nationella kvalitetsregistren används. Som en del i Nestor FoU-centers uppdrag anordnar vi utbildningar för chefer och medarbetare inom äldreomsorgen. I en av Nestors tidigare utbildningar ingick ett seminarium där

sjuksköterskor och undersköterskor från samma verksamhet fick samarbeta. Bland annat ingick ett moment där deltagarna tillsammans jobbade med ett case, som i förväg utformats av kursledaren (Nordquist & Johansson, 2009). Deltagarna i seminariet upplevde det som mycket värdefullt att lösa gemensamma problem och beskrev att det bidrog till samverkan (Ranung & Nyholm, 2020).

Sammantaget visar vår studie att strukturer för reflektion och gemensamma möten där alla yrkesgrupper deltar ofta saknas, samt att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal sällan deltar i det dagliga arbetet tillsammans med omsorgspersonalen. Detta kan sättas i relation till att äldre personer som bor på särskilt boende har behov av stöd från samtliga professioner för att klara av sin vardag och må så bra som möjligt. Enligt Socialstyrelsen (2019a) behöver kommunal hälso- och sjukvård och omsorg bestå av en kombination av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser som utgår ifrån behov, förutsättningar och önskemål om vilka aktiviteter som är viktiga för den enskilde. För att detta ska vara möjligt menar vi att det behövs en annan typ av samarbete yrkesgrupperna emellan, än det som förekommer idag.

Relevant administration

Resultatet från enkäter och intervjuer visade på att det fanns en vilja och önskan bland legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta mindre med administrativa uppgifter och mer ute i själva verksamheten. Detta mot bakgrund av att de upplevde att en stor del av de administrativa uppgifterna de utförde saknade relevans. Administrativa uppgifterna kopplade till dokumentation var utformade så att det blev mycket onödigt arbete på grund av att samma dokumentation skulle ske i flera parallella system och att vissa system var krångliga att hantera. Detta går i linje med en kartläggning av utmaningar och behov av utveckling för medarbetare inom kommunal hälso- och sjukvård i Stockholms län (Uvhagen et al., 2020), där det framkom att smidigare tekniska lösningar efterfrågas. Vidare visade Uvhagens et al. att det fanns behov av att olika dokumentationssystem och kvalitetsregister synkar och hänger ihop, vilket deltagarna i vår studie också menade. Dokumentation är viktig, bland annat för kvalitetssäkring av verksamheten och för att säkerställa att den enskilde får de insatser som är nödvändiga (SOU 2019:20). I enlighet med vår studie ser Socialstyrelsen (2019a) ett behov av att kommunerna fortsätter arbetet med att utveckla dokumentationen inom hälso- och sjukvårdsområdet, och att underlätta överföring från journal till register. Dokumentation bör utgå ifrån nationell informationsstruktur (begrepp, termer, klassifikationer). Detta för att bland annat minska dubbeldokumentation, och för att överföring av information mellan olika vård- och omsorgsgivare samt rapportering till nationella register och forskning ska bli lättare. (Socialstyrelsen, 2019a).

Resultaten från gruppintervjuerna visade även på att arbetsterapeuter och fysioterapeuter lade mycket tid på administrativa uppgifter som inte var relaterade till deras yrke, som till exempel felanmälningar av produkter och system. Detta är uppgifter som behöver utföras, men vi argumenterar att om arbetsterapeuter och fysioterapeuter använder sin arbetstid till detta i stället för uppgifter som de har yrkesspecifik kunskap för, så får personerna som bor på särskilt boende inte tillgång till den vård och rehabilitering som de behöver och som skulle kunna vara möjlig.

Det innebär också att yrkesgruppernas insatser och kompetens blir osynliga och det finns en risk för att behovet av dessa ifrågasätts.

Att utveckla verksamheten – en lärande organisation

En *lärande organisation* kännetecknas av att etablerad kunskap används, nya idéer provas, att det som görs utvärderas systematiskt och att det finns tid till kritisk reflektion (SOU 2018:32; Florén & Wallin, 2013). Trots att vår enkätundersökning visade att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal spred ny kunskap vidare till övriga medarbetare, så tydde intervjuer och analysseminariet på att det kanske snarare handlar om att förmedla kortfattad information, exempelvis under APT. Detta stämmer överens med tidigare forskning som har visat att det finns svårigheter när det gäller att använda och implementera evidensbaserad kunskap i äldreomsorgen (Abrahamson Löfström, 2015). Socialstyrelsen (2019b) beskriver systematisk uppföljning som en drivande faktor för socialtjänstens generella kvalitetsarbete, och för utvecklingen av en evidensbaserad praktik. Ändå använder endast 5 % av kommunerna systematisk uppföljning för verksamhetsutveckling av äldreomsorgen inom särskilt boende (Socialstyrelsen, 2019b). Avby (SOU 2018:32) menar att arbetet oftast inte är organiserat för reflektion och verksamhetsutveckling, utan att fokus snarare ligger på att samspela för att lösa problem, och att producera. Reflektion kan användas för att en verksamhet ska fungera i enlighet med sitt syfte. Kritisk reflektion är däremot en metod där den egna verksamheten och erfarenheten undersöks, exempelvis genom att lära av misstag, delge varandra kunskap och tillåtas experimentera. Vidare menar Avby att klagomål eller avvikelser kan vara utgångspunkt för kritisk reflektion. Vid analysseminariet i vår studie nämndes exempel på möten som kan tolkas som tillämpning av kritisk reflektion ("etiskt dilemma" och avvikelshantering). Det var dock endast legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som deltog i dessa möten, och omsorgspersonalens kunskap, tankar och erfarenheter från det vardagliga arbetet med de boende inkluderades därför inte. Resultatet från enkätstudien visade på att lite mer än hälften av respondenterna hade haft tid avsatt för reflektion det senaste halvåret. Det går inte att utläsa ur enkätsvaren om reflektionstillfällena gällde samtliga medarbetare, eller bara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

I förstudien Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård menar Socialstyrelsen (2019a) att det finns behov av möjligheter för undersköterskor och vårdbiträden att diskutera och utbyta erfarenheter med varandra efter att de tagit del av utbildningar. I förstudien framkom också att det sällan fanns tid till reflektion eller diskussion efter avslutad utbildning, vilket försvårade för personalen att använda sin nya kunskap. I relation till att vår studie tydligt visade på att det finns brister i samarbete och kunskapsöverföring mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal, drar vi slutsatsen att en lärande organisation och utveckling av verksamheter inom särskilt boende skulle kunna stärkas genom att det skapas utrymme och sammanhang för reflektion där alla professioner medverkar. För att möjliggöra en kunskapsspridning och verksamhetsutveckling krävs alltså troligtvis strategier där de representerade yrkesgrupperna samarbetar på ett annat sätt än idag.

Avslutande kommentar – identifierade utmaningar och förslag på fortsatt arbete

Sammantaget visar den här studien på att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens inte alltid kommer äldre personer till del på ett optimalt sätt i särskilt boende. Det är därför angeläget att utveckla strategier för att möjliggöra att denna nödvändiga kompetens kommer till användning i större utsträckning. Utifrån studiens resultat och tidigare forskning vill vi därmed lyfta ett antal utmaningar som vi anser är viktiga att fortsätta diskutera. Detta i syfte att säkerställa att äldre personer på särskilt boende får det stöd och den omsorg som behövs i vardagen enligt socialtjänstlagen (2001:453), och en god hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

- Det förekommer att arbetsterapeuter och fysioterapeuter har oklara uppdrag, och ägnar en betydande del av sin arbetstid åt allmänna sysslor som inte hör till deras respektive yrkesroll. Samtidigt ansvarar de för många boende, och ingår i flera team eftersom arbetet ofta innefattar mer än en avdelning/våning. Dessa faktorer kan utgöra hinder för arbetsterapeuter och fysioterapeuter i deras yrkesutövande. Hur kan en utveckling ske så att arbetsterapeuter och fysioterapeuter i större utsträckning kan erbjuda de boende specifik rehabilitering, och vad kan göras för att möjliggöra ett mer förebyggande arbete?
- De olika yrkesgrupperna på särskilt boende arbetar sällan tillsammans i den vardagliga praktiken. Tillfällen där medarbetare från alla professioner samlas för gemensamma diskussioner eller kritisk reflektion är också sällsynt, likaså handledning. Hur kan ett internt lärande möjliggöras så att den yrkeskunskap som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har kan spridas vidare till, och nyttjas av, omsorgspersonal samt bidra till verksamhetsutveckling?
- Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal behöver ibland utföra uppgifter som egentligen är undersköterskors, eftersom de inte kan lita på att arbetsuppgifter annars utförs korrekt. Det kan dels gälla delegerade uppgifter, men också sådant som förväntas ingå i undersköterskors grundläggande yrkeskunskap. Hur kan en utveckling ske så att undersköterskornas kompetens säkras?

I studien framkommer några möjliga svar på dessa frågor, som vi presenterar här. Svaren är inte specifikt relaterade till var och en av ovanstående tre frågor, utan pekar på resurser som kan möta flera av de utmaningar som synliggörs i frågorna. Förslagen som rör organisationen av särskilt boende kan te sig ganska enkla och självklara, men blir komplicerade då de ska integreras i den komplexa verksamheten som särskilt boende är, och som oftast sker med begränsade resurser. Varje organisation har också sina specifika förutsättningar, och förslagen behöver därför anpassas till varje verksamhet.

Resultatet pekar på att **arbetsbeskrivningar** som baserade på olika yrkesgruppers specifika kompetens kan vara ett redskap för att synliggöra både vad som bör ingå och vad som inte bör ingå i arbetsuppgifterna. En tydlig arbetsbeskrivning av undersköterskors arbetsuppgifter skulle redan vid anställningsförfarandet kunna säkerställa att omsorgspersonal har reell kompetens som motsvarar arbetsbeskrivningen. Arbetsbeskrivning har också en potential att synliggöra arbetsterapeuters och fysioterapeuters kompetens. Det kräver dock att verksamheter tar konsekvenser av innehållet i arbetsbeskrivningarna och organiserar arbetet i enlighet med detta. Det skulle till exempel kunna visa sig att det finns arbetsuppgifter som inte ingår i ansvarsområdet för någon av de yrkesgrupper som är anställda inom verksamheten. I detta fall kan det behöva anställas en person, till exempel en vaktmästare, som utför dessa arbetsuppgifter. Specifika medarbetare som arbetar med sysslor som transporter eller förrådshantering förekommer redan i vissa organisationer inom sjukvården, så kallad vårdnära service (Sveriges kommuner och landsting, 2015).

En utredning och remissförfarande kring **reglering av undersköterskeyrket** pågår på nationell nivå (SOU 2019:20; Ds 2020:15). Studien visar på att en tydlig beskrivning av krav i yrket har stor betydelse för att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens kommer till användning på bästa sätt, samt för att skapa tillit mellan olika yrkesgrupper.

Genom att utveckla **strategier för interprofessionellt teamarbete** kan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kunskap och kompetens integreras i verksamheten och komma de boende till godo. Dessa strategier behöver inkludera interprofessionella möten med utrymme för reflektion och en organisation av det dagliga arbetet som möjliggör för olika professioner att samarbeta kring utmaningar och situationer relaterade till de boendes hälsosituation och vardag. Att arbeta tillsammans i vardagen kommer också ge flera möjligheter till ömsesidigt lärande, eftersom man både kan observera team-kamraters arbetssätt och bemötande, och bidra till en gemensam diskussion utifrån sin egen kunskap och erfarenhet.

Att bygga förutsättningar för att medarbetare ska kunna nyttja varandras erfarenheter och kunskap är en viktig del i att skapa **en lärande organisation**, något som forskningen tydligt pekar på att det krävs för att kunskap ska integreras och omsättas till handling i en organisation. Det krävs också upparbetade strukturer för att *ny* kunskap ska kunna integreras och nyttjas i verksamheterna. Denna studie identifierade organisatoriska hinder för att omsätta ny kunskap i verksamheten och det är viktigt att verksamheter utifrån sina förutsättningar skapar strukturer för en lärande organisation. Detta kan innebära omfattande förändringar både vad det gäller strukturer och rutiner och vad det gäller kulturen och attityder till lärande och varandras kunskap.

Referenser

- Abrahamson Löfström, C. (2015). Kunskapsstyrning i äldreomsorg. Implementering av och samarbete kring evidensbaserad praktik, Göteborg: FoU i Väst, Göteborgsregionens kommunalförbund. Rapport 3:2015. ISBN: 978-91-89558-91-5
- Ahlstedt, C. Eriksson Lindvall, C. Holmström, I K. Muntlin Athlin, Å. (2019) What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, Volume 89, January 2019, Pages 32-38. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008.
- Crocker, T. Forster, A. Young, J. Brown, L. Ozer, S. Smith, J. Green, J. Hardy, J. Burns, E. Glidewell, E. Greenwood, DC. (2013). Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD004294. DOI: 10.1002/14651858.CD004294.pub3.
- Daly, T. & Szebehely, M. (2012). Unheard voices, unmapped terrain: Care work in long-term residential care for older people in Canada and Sweden. *International Journal of Social Welfare*, Volume 21, Issue 2, Pages 139-148. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2011.00806.x
- Ds 2013:4 (2013). Fysioterapeut – ny skyddad yrkestitel för sjukgymnaster. Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- Ds 2020:15 (2020). Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser. Regeringskansliet, Socialdepartementet.
- Egidius, H. Pedagogik för 2000-talet. (2002). Tredje utgåvan, första tryckningen. Natur och Kultur. ScandBook AB, Falun, 2002.
- Ellström, P-E. (1992). Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv. Norstedts Juridik AB. Upplaga 1:4. Elanders Gotab, Stockholm 1999.
- Ellström, E.; Ekholm, B.; Ellström P-E. (2003). Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö. Studentlitteratur. Lund.
- EnterGate AB (2020). <https://entergate.se/> (Hämtad 2020-09-01)
- Florén, A-K & Wallin, G. (2013). Handbok i arbetsplatslärande-vad, hur och varför det är viktigt. Svenska ESF-rådets temagrupp. ISBN: 978-91-633-9933-6
- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.

Fysioterapeuterna (2019). Evidensbaserat arbetssätt i fysioterapi.
<https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/professionsutveckling/om-professionen/evidensbaserat-arbetssatt-i-fysioterapi.pdf> (Hämtad 2020-04-23)

Fysioterapeuterna (2020).
<https://www.fysioterapeuterna.se/Profession/Om-professionen/Fysioterapeut--ny-skyddad-yrkestitel-for-sjukgymnaster/> (Hämtad 2020-08-24)

Fysioterapi. Den ledande tidningen för landets fysioterapeuter. (2020).
<https://fysioterapi.se/varannan-kommun-klarar-inte-sitt-rehabuppdrag/> (Hämtad 2020-07-10)

Josefsson, K., Åling, J., & Östin, B.-L. (2011). What Implies the Good Work for Registered Nurses in Municipal Elderly Care in Sweden? Clinical Nursing Research, Volume 20, Issue 3, Pages 292–309. DOI: 10.1177/1054773811403622

Kvarnström, S. (2007). Interprofessionella team i vården. En studie om samarbete mellan hälsoprofessioner. Licentiatavhandling. Avdelningen för socialmedicin och folkhälsovetenskap, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet. ISBN 978-91-85831-05-0.

Nordquist J & Johansson L. (2009). Att undervisa med case i utbildningar inom hälso- och sjukvården: Om främjande av autentiskt interaktivt lärande, interprofessionalism och organisatoriskt lärande. Medical Case Centre. Universitetsservice AB, Stockholm Tryck: E-print 2009. ISBN 978-91-633-4198-4.

McCarroll, C, van't Riet, C, Halter, M. (2018). How is the emerging role of domiciliary physiotherapists who treat residents with dementia in nursing homes perceived by allied health professionals? A phenomenological interview study. Health Soc Care Community, Volume 28, Issue 1, Pages 279-290. DOI: 10.1111/hsc.12862

Ranung, M. & Nyholm, L. (2020). Att rigga för kunskap som håller i längden. Fem punkter att fundera över inför en kompetensutvecklingsinsats. Nestor FoU-centers skriftserie 1:2020. ISBN: 978-91-85347-32-2.

Region Stockholm. (2020). Långtidsutredningen Hälso- och sjukvården 2040. Tredje delrapporten: Vårdens struktur.

SBU. (2014). SBU kommenterar: Åtgärder för att förhindra fall och frakturer hos äldre. Publicerad 2014-06-24. www.sbu.se/2014_07

Schön, P., Lagergren, M., Kåreholt, I. (2016). Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study. *Health & Social Care in the Community*, Volume 24, Issue 5, Pages 631-638. DOI: 10.1111/hsc.12237

Senior alert. (2018). Årsrapport 2018 Senior alert.
https://plus.rjl.se/info_files/infosida40605/arsrapport_Senior_alert_2018.pdf

Socialstyrelsen (2003). Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre. Artikelnummer: 2003-131-10.

Socialstyrelsen (2006). Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Artikelnummer: 2006-131-24.

Socialstyrelsen (2012). Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial. Artikelnummer 2012-3-3. ISBN 978-91-87169-05-2

Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Artikelnummer 2017-12-2. ISBN 978-91-7555-433-4

Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Utvärdering 2018. Sammanfattning med förbättringsområden. ISBN 978-91-7555-448-8

Socialstyrelsen (2019a). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie.

Socialstyrelsen (2019b). Öppna jämförelser 2019, Äldreomsorg.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-6-9.pdf> (Hämtad 2020-04-28)

Socialstyrelsen (2019c). Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2019. Artikelnummer: 2019-9-6349

Socialstyrelsen (2020a). Statistik om smittade och avlidna med covid-19 bland äldre efter boendeform. Faktablad Dnr. 6.7-15552/2020

Socialstyrelsen (2020b). Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Artikelnummer 2020-4-6716.

Socialstyrelsen (2020d). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020. ISBN 978-91-7555-521-8.

Socialutskottets betänkande 2001/02:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor m.m. sid. 57.

- SOSFS 2009:6. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Artikelnummer 2009-10-6. ISSN 0346-6000, 0346-6019
- SOU 2008:18 (2008). Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren. Betänkande av Utredningen för en kunskapsbaserad socialtjänst. ISBN 978-91-38-22921-7.
- SOU 2017:21 (2017). Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Betänkande av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen. ISBN 978-91-38-24581-1
- SOU 2018:32 (2018). Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. Delbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst. Stockholm, 2018. ISBN 978-91-38-24791-4.
- SOU 2019:20 (2019). Stärkt kompetens i vård och omsorg. Betänkande av Utredningen Reglering av yrket undersköterska. Stockholm, 2019. ISBN 978-91-38-24921-5
- SOU 2020:47 (2020). Hållbar socialtjänst - En ny socialtjänstlag. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst. Stockholm, 2020. ISBN 978-91-38-25084-6
- Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen. Sidan uppdaterad 2019-04-24. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx (Sökning genomförd 2020-04-29)
- Sveriges Arbetsterapeuter och dåvarande och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. (2011). Ättestupa eller folkhälsomål – Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering. Nacka, 2011. ISBN 91 86210 51 3.
- Sveriges Arbetsterapeuter. (2018). Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter, 2018.
- Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Dietisternas Riksförbund och Sveriges Tandläkarförbund, (2016). Säker vård – en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner. Solna, 2016. ISBN 978-91-85060-03-0.
- Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet (2017). Teamarbete & Förbättringskunskap. Två kärnkompetenser för god och säker vård. ISBN 978-91-85060-30-6
- Svensk sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. ISBN: 978-91-85060-10-8

Svenskt Demenscentrum, Äldrecentrum, SveDem (2017). Checklista Demens Särskilt boende och Vägledning Checklista demens Särskilt boende. <https://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Aktivitets---somprofil/Checklista-demens/> (Hämtad 2020-05-06)

Sveriges kommuner och Landsting, SKL. (2012). Femti funderingar om äldres boende. ISBN 978-91-7164-770-2

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. (2015). Vårdnära service. Styrning och uppföljning. ISBN: 978-91-7585-355-0

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. (2020). Fakta om äldreomsorgen i ljuset av coronapandemin.

Szebehely, M., Stranz, A., R, Strandell. (2017). Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg? Arbetsrapport, Institutionen för socialt arbete, 2017:1. Stockholms universitet.

Tsakitzidis, G., Anthierens, S., Timmermans, O., Truijen, S., Meulemans, H., Van Royen, P. (2017). Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care! Primary Health Care Research & Development, Volume 18, Issue 6, Pages 591-602. DOI:10.1017/S146342361700024X

Uvhagen, H. Lindqvist, E. PalmLöf, L. Hedberg Rundgren, Å. (2020). Identifiering av regionala utmaningar och framtida behov av utveckling för medarbetare inom kommunal hälso- och sjukvård – lärdomar från kartläggning i Stockholms län. FOU nu, Nestor, FoU Nordost, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

WHO (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO reference number: WHO/HRH/HPN/10.3

Zingmark, M. (2008). Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser i gränslandet mellan socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. FoU Jämt, rapport nr 2008:4. ISSN 1651-7253

Lagar

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 2017:30

Socialtjänstlagen, SoL, 2001:453

Patientsäkerhetslagen, PSL, 2010:659

Svensk Författningssamling, SFS

Hälso- och sjukvårdsförordning, SFS 2017:80

Lag om ändring i socialtjänstlagen, SFS 2018:1724

I denna rapport presenteras en studie där Nestor har undersökt hur sjuksköterskors, arbetsterapeuters och fysioterapeuters yrkeskunskap och kompetens kommer till användning vid verksamhetsutveckling och i det dagliga arbetet på särskilt boende. Målgruppen var primärt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på särskilt boende, men chefer, utvecklingsledare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor har också involverats. Sammantaget visar den här studien på att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals kompetens inte alltid kommer äldre personer till del på ett optimalt sätt i särskilt boende. I rapporten presenteras ett antal utmaningar, men också möjliga förslag för att möta dessa utmaningar.



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16