

# **Att vårda i blindo**

## **En forskningsrapport om professioners samverkan i närsjukvården**

Forskning och Innovation  
Rapport nr 5  
Margareta Rämgård  
Pia Petersson  
Kerstin Blomqvist

**Att vårda i blindo** – En forskningsrapport om professioners  
samverkan i närsjukvården  
© Författaren och Kommunförbundet Skåne  
ISBN 978-91-89661-52-3

FÖRFATTARE; Margareta Rämgård, Pia Petersson och  
Kerstin Blomqvist  
LAYOUT; Lena Lindberg

TRYCKNING; Bildcenter i Lund AB

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>7</b>
Bakgrunden till projektet .....	7
Syftet med projektet .....	9
Genomförandet.....	10
Metodologisk bakgrund .....	12
<b>2. Att vårda i blindo .....</b>	<b>15</b>
Brist på information från andra vårdgivare .....	15
Bristande samverkan mellan olika organisationer.....	18
Brist på kunskap om vad vårdtagaren tänker, känner och vill .....	22
Osäkerhet om andra yrkesgruppers kompetens och behov .....	25
En vändpunkt i synen på sig själv, på andra och på uppgiften.....	27
Olika professionella och individuella värdegrunder.....	31
Skilda förutsättningar i olika vårdplatser – att konstruera delar i ett system som ska representera helhet.....	33
<b>3. Avslutande reflektioner .....</b>	<b>37</b>
Studiens resultat .....	38
<b>Referenser .....</b>	<b>44</b>

Rapporten är granskad av ett etiskt råd bestående av oberoende docenter och professorer samt verksamhetsföreträdare.



# Förord

I *Vårdens chans – en modell för morgondagens vård och äldreomsorg* (Levin & Normann 2000) talas om att de enorma strukturförändringar som hälso- och sjukvården och omsorgen, ja, hela den offentliga sektorn, ställs inför idag inte liknar något tidigare skeende. Detta innebär att helt nya lösningar växer fram men också att det inte finns något tidigare historiskt sammanhang att relatera till – omorganisationen sker bokstavligen i blindo – utan karta och kompass. För att möta dessa förändringar krävs innovativa och värdeskapande processer, kunskap och utveckling som är relaterat till hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det projekt där Region Skåne samverkade med kommunerna i Skåne, som blev en följd av Levin & Normanns studie, *Skånsk livskraft – vård och hälsa*, öppnade upp för ett närmast gränslöst tänkande och en möjlighet att bryta upp gamla revir och hierarkiska strukturer. Begreppet tillit fördes fram som ett honnörsord i den här gigantiska omorganisationsprocessen.

Har man lyckats i sitt uppsåt? Dessa frågor har diskuterats utförligt i fyra studier, utgivna av Kommunförbundet Skånes FoU enhet, som finansierats av Socialstyrelsen 2005-2012. Studierna handlar om hur närsjukvårdsreformen påverkat kommunala processer och samarbetskonstellationer i det vardagliga vård- och omsorgsarbetet. De tre senaste studierna har publicerats i samverkan med Region Skåne och Malmö högskola och den senaste *Att vårda i blindo – om professioners samverkan i närsjukvården* har också genomförts i samverkan med Högskolan Kristianstad.

Den första studien, *Att tänka utan gränser och forma nya* (Michaeli 2006), visade att närsjukvårdsreformen inte på något sätt var slutgenomförd utan stod i början av en lång omorganisations-, tanke- och kunskapsprocess. Uppluckrandet av gamla gränser ledde till utformningen av nya. Michaeli diskuterar hur man går vidare för att i mesta möjliga mån undvika att nya gränsstrider och revirbevakningar uppstår i närsjukvårdsreformens kölvatten.

Den andra studien *Närsjukvård är samverkan – att lägga örat mot marken* (Scholten 2008) betonade behovet av tillit och sömlös samver-

kan mellan organisationer för en lyckad närsjukvårdsreform. Här studerades specifikt samverkan inom Ystad-Österlens sjukvårdsdistrikt.

Den tredje studien genomfördes som ett aktionsforskningsprojekt kring *Närsjukvård – samverkan mellan olika professioner i hemsjukvården* (Rämngård 2010) och ett system för dialog kring kulturöverskridande processer mellan hemsjukvård och primärsjukvård blev resultatet.

Slutrapporten i denna serie, *Att vårda i blindo*, visar det nedslående faktum att man idag, 2012, drygt tio år efter närsjukvårdsreformens genomförande, i verksamheterna fortfarande brottas med samma typ av problem. Inte så mycket tycks ha hänt efter Michaelis rapport 2006. Svårigheten att samverka över organisations- och professionsgränser när ansvarsområdena är suddiga och otydliga kvarstår. Olika tolkningar av en befintlig vårdssituation leder till en ”organisatorisk yrsel” där ansvaret pressas i alltför hög grad ner på den enskilde medarbetarens bedömning. Vårdtagaren hamnar i centrum för intern pajkastning och olika revirstrider. Studien är empirinära och genomförd som ett aktionsforskningsprojekt. Enligt författarna, faller det på den hemsjukvårdsgrupp som sköter den vardagliga omsorgen att slita med helhetsansvaret medan specialiserade team endast sköter vissa snävt avgränsade vårduppgifter. Rapporten gestaltar på ett tydligt sätt hur olika personalgrupper hamnar på kollisionskurs med varandra och det råder inget tvivel om var författarnas sympatier hamnar – hos dem som inte kan välja bort ansvaret för helheten.

Lösningen på problemet är dels att upprätta ett forum för kontinuerlig dialog mellan parterna, primärvård och specialistvård, för att bygga in mer tillit i systemet, men det finns också ett stort behov av en formalisering och systematisering av ansvaret högre upp i organisationen. Det behövs förvisso nytänkande och gränsöverskridande strategier men också framtagande av nya strukturer och en någorlunda tydlig ansvarsfördelning.

*Karen Lagercrantz*  
*Lund i juni 2012*

# 1. Inledning

Det här är den andra rapporten i ett forskningsprojekt som benämns *Professioner i samverkan*. Projektet är ett samarbete mellan Kommunförbundet Skåne, Region Skåne, och Centrum för arbetslivsforskning på Malmö högskola. Medel till projektet har tilldelats av Socialstyrelsen. I denna del så deltar även Högskolan Kristianstad. Rapporten tar inte endast utgångspunkt i den kommunala verksamheten utan berör hela vårdkedjan. Förutom de kommunala vårdteamen så deltar ansvariga mellanchefer från kommunerna, primärvårdsläkare, vårdplanerande sjuksköterskor på sjukhuset och medicinska specialister. Syftet med projektet är att via aktionsforskning bidra till en kunskapsöverföring mellan kommuner, primärvård och sjukhus. Avsikten är även att stärka samspelet mellan olika professioner i hela vårdkedjan för att få en bättre vårdplanering i hemmet. Rapporten sätter fokus på hur vården planeras för den enskilde i hemmet utifrån en vård- och omsorgsplanering i samverkan, så kallad VOPS, men tar inte upp utformningen av den gemensamma vårdplaneringen (SVPL) som sker inne på sjukhuset.

## ***Bakgrunden till projektet***

Hemsjukvården kan ha olika organisationstillhörighet. Många kommuner har tagit över hemsjukvården från landstinget/regionen och bedriver den i egen regi. Den övergångsprocessen har pågått sedan Ädelreformen infördes 1992. Innehållet i hemsjukvården kan variera, beroende på om det är landstinget/regionen eller kommunen som ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende. De kommuner som har tagit över hemsjukvården bedriver den vanligen i egen regi dygnet runt och kan på så sätt erbjuda en högre kontinuitet när det gäller bemanning jämfört med när den drivs av landstinget/regionen som oftast bedriver hemsjukvård på dagtid (Socialstyrelsen 2008). Att ha flera aktörer i hemsjukvården och runt äldre människor med komplex sjukdomsbild och stort hjälpbehov ställer krav på samverkansprocessen. Lagen om Valfrihet (LOV) som infördes 2009 (Regeringskansliet) innebär att det även kan finnas en eller flera privata aktörer i en kommunal hemsjuk-

vård, vilket är ännu en utmaning för samverkan runt den äldre personen. I Skåne bedrivs hemsjukvården på primärvårdsnivå av kommunen, ibland genom avtal med privata aktörer vad gäller hemtjänst och det medicinska ansvaret regleras i ett samverkansavtal med regionen.

Projektet är avgränsat till att gälla vård- och omsorgsplanering i hemmet. När en person blir inskriven i hemsjukvården så sker en övergripande vårdplanering på sjukhuset för att fördela ansvaret mellan kommunen och regionen, praktiskt och ekonomiskt, en så kallad samordnad vårdplanering SVPL. När en person ska vårdas vidare i eget boende och är inskriven i hemsjukvården bör det upprättas en specifik vårdplan (Region Skåne, 2005). Dokumentet benämns vård- och omsorgsplan i samverkan (VOPS) eftersom vårdplaneringen ska ske i samverkan mellan kommunen och regionens personal. En vård- och omsorgsplanering i samverkan föregås ofta men inte alltid av en samordnad vårdplanering (SVPL) på sjukhuset. VOPS:en ska vara framåt-syftande till sin karaktär och verka för att bevara den enskildes hälsa och välbefinnande i ett längre perspektiv. En avsikt är också att en VOPS-planering ska följa personen i hela vårdkedjan (kommunen, primärvården och specialistvården). Genom den dokumentationen ska sedan olika vårdgivare göra sig en föreställning och försöka förstå personens situation och olika vårdbehov.

Många av de personer som vårdplaneras enligt VOPS är multisjuka och har därför vårdinsatser både från den regionala (till exempel olika specialistteam som kvalificerad vård i hemmet) och den kommunala vården. En annan målgrupp för vårdplanering i hemmet är de personer som ofta åker in akut på sjukhuset för att de inte klarar av att vårdas medicinskt i det egna hemmet. Det kan till exempel gälla personer med hjärtproblem som behöver extra vård under en tid och cancerbehandlingar av olika slag. När det gäller avancerad sjukvård i hemmet finns även ett särskilt planeringsinstrument ASHI 12009.

Vilka personer som kommer i fråga för en inskrivning i hemsjukvården regleras bland annat av ett avtal mellan kommunerna i Skåne genom Kommunförbundet Skåne och Region Skåne (Region Skåne, 2009). Det huvudsakliga ansvaret för vårdresurserna i denna samverkan ligger på primärvårdsläkarna på vårdcentralerna samt de kommunala vårdteamen som har hand om hemsjukvården. Distriktsläkarna har det medicinska ansvaret för svårt sjuka personer som är inskrivna i



hemsjukvården inom primärvårdens upptagningsområde, och betecknas PAL (patientansvarig läkare) i avtalet. Ett problem är att det inte finns någon uppbyggd organisation där kommunens vårdpersonal regelbundet träffar sin PAL, utan detta sker genom sporadiska kontakter och vid behov. I praktiken innebär det att PAL:en sällan deltar i VOPS-planeringar utan fungerar mer som konsulter gentemot kommunen. Ett annat problem för regionens sjukhus är att vårddokumentationen ser olika ut i kommunerna och att regionen inte har tillgång till kommunens dokumentation och vice versa vilket försvårar samarbetet. Kommunen har inte heller kontinuerlig tillgång till regionens specialistläkare eftersom de har annan huvudman. Ytterligare ett problem som slutenvården upplever är att multisjuka personer vistas för långa perioder på sjukhuset trots att de är medicinskt färdigbehandlade.

Kommunförbundet Skåne och Region Skåne har tidigare tagit initiativ till att utforma riktlinjer för VOPS (Region Skåne, 2005) men detta har inte fått någon genomslagskraft i organisationerna. I det nya samverkansavtalet mellan Region Skåne och Kommunförbundet Skåne påpekas att det är angeläget att få till stånd vårdplanering enligt VOPS.

## ***Syftet med projektet***

Deltagande kommuner i studien var Kristianstad, Bromölla och Östra Göinge. I dessa kommuner fanns det önskemål om att tillsammans med primärvården utveckla en gemensam struktur för VOPS. Även slutenvården är involverad i vårdkedjan och uttryckte önskemål om att förbättra vårdplaneringen inne på sjukhuset och öka förståelsen bland personalen för vårdkedjan.

I studien kombinerades ett utvecklingsarbete och ett forskningsarbete. Utvecklingsdelen syftade till att utveckla och prova en struktur och en blankett för en VOPS. Blanketten skulle bygga på erfarenhetskunskap, vara framåtsyftande, inte ha en allt för snäv medicinsk inriktning och kunna användas för vårdtagare med flera diagnoser och multipla problem.

Forskningsdelen inriktades på att följa processen och syftade till att studera samarbetet mellan de olika yrkesprofessionerna i vårdkedjan samt att beskriva hur aktionsprocessen påverkat dialogen.

Studien bygger på tre fall som handlar om multisjuka personer med en komplex problematik. I samtliga fall har många olika professioner varit inblandade. I en av de tre kommunerna som har deltagit i projektet prövas för närvarande i större skala den VOPS-modell som tagits fram i projektet och avsikten är att det nya arbetssättet ska utvärderas.

## **Genomförandet**

En styrgrupp i nordöstra Skåne arbetade för att förankra projektet. I styrgruppen ingick forskningsledaren Margareta Rämngård, medicinskt ansvarig sjuksköterska i respektive kommun Gunilla Bergström, Mari Skoog och Monica Rask-Carlsson samt Viveka Dettmark från Central-sjukhuset i Kristianstad. Styrgruppens funktion var att föra en dialog om projektets struktur och uppläggning samt att informera om projektet i sina respektive organisationer. Projektet förankrades på möten med omsorgschefer, vid primärvårdsträffar och i samverkansmöten i den regionala vården. Eftersom projektet skulle ske i anslutning till Högskolan Kristianstad involverades forskarna Pia Peterson och Kerstin Blomqvist från forskningsplattformen för Hälsa i samverkan. Forskningsprojektet involverade således två högskolor i Skåne: Malmö högskola, Centrum för tillämpad arbetslivsvetenskap (CTA), där projektledaren Margareta Rämngård var placerad genom Kommunförbundet Skåne, samt Högskolan Kristianstad, Forskningsplattformen för Hälsa och Samverkan. En avsikt med detta upplägg var att knyta samman samhällsvetenskaplig och vårdvetenskaplig forskning för att öka förståelsen för det studerade fenomenet. En annan avsikt var att integrera projektet lokalt för att möjliggöra en fortsatt implementering i det geografiska närområdet. Flera processer pågick samtidigt under projektets gång. Från regionens sida så ingick detta projekt som en del i en utbildningssatsning där klinikernas vårdplanerare och överläkare träffades för att diskutera vårdplanering och dokumentation.

Interventionen i projektet bestod av dialoggrupper mellan olika professioner där grupperna diskuterade sitt arbete för att förbättra förutsättningarna för en gemensam VOPS i Skåne.

Varje kommun utsåg ett av sina kommunala team som tillsammans med en primärvårdsläkare skulle delta i dialoggrupper. Deltagarna träffades vid fyra tillfällen under ett halvt års tid. Varje grupp förberedde sig inför dialogmötet genom att diskutera ett fall i sin hemkommun och sedan presentera och diskutera situationen i fallet med övriga deltagare. Därefter splittrades deltagarna upp i mindre grupper baserat på yrkestillhörighet enligt följande:

- Undersköterskor
- Enhetschefer
- Primärvårdsläkare
- Sjukgymnaster/arbetsterapeuter
- Sjuksköterskor
- Biståndshandläggare

I dessa grupperingar fördes sedan en reflekterande dialog runt det aktuella fallet utifrån följande frågeställningar:

- Vilka fakta har vi?
- Vilka ytterligare fakta behöver vi?
- Vad behöver göras?
- Hur ska detta göras?
- Vem ska göra det?
- Handlingsberedskap inför framtiden – *vad händer om...?*

När varje grupp hade reflekterat över fallet återsamlades alla för att diskutera i hela gruppen. Härigenom blev det möjligt att jämföra hur de olika professionsgrupperna såg på vårdssituationen utifrån sin profession. Många åsikter överensstämde men det fanns också skillnader. Efter hand syntes ett mönster där professionens åsikter ofta omprövades. Utifrån innehållet i de samlade diskussionerna utformades sedan en VOPS-blankett. Deltagarna från de tre kommunerna fick slutligen som uppgift att prova blanketten vid en vård- och omsorgsplanering i samverkan.

Under projektets gång gjordes också en sammanfattning av synpunkter som kommit fram som rörde händelser på sjukhuset. Dessa redovisades i tre dialogseminarier på Centralsjukhuset Kristianstad. Vid des-

sa seminarier sammanfördes de primärvårdsläkare som deltagit i projektets dialoger med specialistläkare från olika medicinska specialiteter och sjuksköterskor på sjukhuset med speciellt ansvar för vårdplanering. Avsikten med dessa seminarier var att möjliggöra en kunskapsöverföring mellan kommunal vård, primärvård och den regionala sjukhusvården.

Samtliga möten har spelats in på band och skrivits ut, vilket har resulterat i ett omfattande material. Detta material har sedan legat till grund för en innehållsanalys som beskriver samarbetet mellan de olika yrkesprofessionerna i vårdkedjan. Forskarna har även analyserat processen i gruppen för att se om det sker kunskapsöverföringar mellan de olika professionsgrupperna och för att få en uppfattning om dialogerna har lett till några förändringar. Analysen återkopplades kontinuerligt till deltagarna för att ge möjlighet till reflektion.

Rapporten bygger på dialogsamtalen runt de olika fallen och framställs med citat för att åskådliggöra utmaningarna med vård- och omsorgsplanering i samverkan. Rapporten pekar även på behov av förbättringar.

## ***Metodologisk bakgrund***

Projektet bygger på deltagarbaserad aktionsforskning (participatory action research, PAR). Den deltagarbaserade aktionsforskningens syfte är att belysa en specifik aktivitet (en aktion) som ska omforma eller förbättra praktiken (Petersson, 2009). Det handlar inte om en specifik metod utan är snarare ett förhållningssätt som inbegriper en professionell såväl som personlig utveckling för deltagarna och som kan leda till förändringar av olika slag. PAR handlar om delaktighet, deltagande, gemensamt lärande genom dialog och förändring. Den inriktning som utövas i detta projekt har en bakgrund i filosofier som pragmatism (James, 2008) och symbolisk interaktionism (Mead, 1934; Goffman, 1961).

PAR kan idag ses som en egen forskningsmetodologi, men även som en filosofi. Filosofin bygger på ett socialt förhållningssätt där människor som tänkande och kännande varelser utvecklar sitt engagemang i världen när de deltar i systematiska interaktiva processer. Metodolo-

gin tar utgångspunkt i att verkligheten inte är statisk utan står i ständig förändring, och att vi skapar denna verklighet tillsammans. Med ett sådant synsätt blir det mindre intressant att formulera generella hypoteser om hur verkligheten ser ut. I PAR är det snarare först när det påvisas någon effekt i praktiken, som forskningen har bevisat sitt värde (Stringer & Genat, 2004). PAR avser heller inte att ”mäta” hur situationen ser ut vid en viss tidpunkt, utan vill, genom den kunskap som genereras i processen istället bidra till att skapa ett mer gynnsamt utgångsläge (Rämgård 2011).

PAR innebär att utvärdera ett problem systematiskt, för att på så sätt påverka lokala situationer. En förgrundare var Kurt Lewin, som arbetade med forskningsrelaterade lokala aktionsprogram i USA på 40-talet. Forskningen har ofta använts för att utveckla lärande organisationer (Rapaport 1970). På Kommunförbundet Skånes FoU avdelning i Lund och på forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan i Kristianstad har en rad liknande projekt genomförts (Petersson & Blomqvist, 2011; Petersson, Springett, & Blomqvist, 2009, Rämgård 2010, 2009, Lagercrantz 1998). En gren av PAR har även en emancipatorisk inriktning med fokus på marginaliserade gruppers medverkan i forskningsprocessen (Carr & Kemmis 1986). Det här projektet har inte involverat brukare i forskningsprocessen men har ändå inbegripet deras situation genom att vård- och omsorgspersonal i olika grupper utgått från beskrivningar av olika autentiska fall i hemsjukvården.

PAR innehåller någon form av aktivitet i form av intervjuer, enkäter eller interventioner där vårdpersonalen involveras i en förändringsprocess. Winter och Munn-Giddings (2001) som skrivit en handbok för aktionsforskning inom hälso- och sjukvård och socialt arbete definierar aktionsforskning som: *en studie av en social situation som genomförs av dem som är involverade i situationen där dessa har som mål både att förbättra deras praktik och öka deras förståelse i själva situationen* (sid. 8, egen översättning).

I projektet tillförs en rumslig dimension i aktionsforskningen genom projektets uppläggning. I dialoggrupper möts personal som arbetar vid olika arbetsplatser i tre kommuner samt vid Centralsjukhuset i Kristianstad. I dialogen med personalen framkommer att det finns mycket som förenar men även det som skiljer dessa arbetsplatser åt. Framförallt upplever personalen att det är stor skillnad i att arbeta i männi-

skors egna hem, i primärvården eller på sjukhus. Kommunerna skiljer sig även åt befolkningsmässigt, geografiskt och organisatoriskt vilket skapar olika förutsättningar rent praktiskt för hur vård och omsorg kan bedrivas. Det innebär att dialogerna mellan personalen i projektet präglas dels av det generella, det vill säga det som förenar dem, men även utav de variationer som finns utifrån deras praktiska vardag. Det är i ”gapet” mellan dessa två, det kulturella unika och det generella gemensamma, som ”ny kunskap” växer fram. Rent praktisk innebär det att varje enskild arbetstagare med hjälp av andra ges en möjlighet att arbeta sig fram till en lösning som präglas av gemensamma generella strukturer såväl som kulturella skillnader.

## 2. Att vårda i blindo

En sammanfattande tolkning av samtalen är att personalen, oavsett om arbetsplatsen fanns i hemsjukvården, inom hemtjänsten, vid vårdcentralen eller på sjukhuset, har bristande kännedom om andra organisationer och om andra yrkesgrupper. Andra problem som försvårar för en vård- och omsorgsplanering är bristfällig information som ges från andra vårdgivare och bristande samverkan med andra organisationer. Skilda värdegrunder är ytterligare en försvårande omständighet. Sist, men inte minst, visar analysen att samtliga yrkesgrupper uttrycker bristande kännedom om vad vård- och omsorgstagaren själv upplever och behöver. En helhetstolkning är därmed att *alla gör så gott de kan utifrån rådande omständigheter men att personalen i många avseenden tvingas vårda i blindo*. Samtidigt lyfter rapporten också fram möjliga vägar för att överkomma de hinder som finns. I helgruppsdiskussioner kom gruppen fram till att en blankett för att genomföra en vård- och omsorgsplanering i samverkan (VOPS) är betydelsefull men att blanketten ensam inte räcker. För att en hållbar och realistisk planering ska kunna ske krävs en struktur för att åstadkomma dialog mellan olika aktörer där vård- och omsorgstagarens synpunkter är centrala. Gruppen uttrycker alltså vikten av att se att blanketten endast är ett, om än viktigt, medel men att dialogen är det centrala. För att få en heläckande bild krävdes relationsskapande fysiska möten. Rapporteringen som följer har en berättande karaktär och avsikten är att läsaren ska kunna känna igen sig och kanske skapa egna inre bilder.

### ***Brist på information från andra vårdgivare***

Undersköterskorna upplevde att de saknade medicinsk information om vårdtagaren vilket medförde att de kände sig osäkra på vad de kunde kräva av vårdtagaren. När det fanns många vårdgivare inblandade kände de dessutom också en osäkerhet om vem som var ytterst ansvarig och vem de skulle vända sig till när det uppstod problem. Citat nedan är från diskussioner i gruppen med hemtjänstpersonal. Diskussionen rör en kvinna med en oklar diagnos där hemtjänstpersonalen uttrycker frustration över att inte veta hur sjuk kvinnan är. Då de inte

känner till diagnos eller prognos känner de sig osäkra på om de ska vårda utifrån ett palliativt eller rehabiliterande förhållningssätt.

– Vi vet inte varför hon inte kan stå på benen. Vi behöver veta mer om hälsotillståndet. Hon som alltid har tyckt om att duscha. Vad kan jag kräva att hon ska göra? Kan och får jag ”puffa” på henne att hon ska duscha så som jag har gjort innan...? Det är värdelöst att inte veta, att stå där. Vem ska man egentligen vända sig till?

Även distriktssköterskor, biståndshandläggare och rehabiliteringspersonal efterlyste information. De upplevde att det fanns många frågetecken om var informationen fanns och om vad som hade hänt på sjukhuset när vårdtagarna var inlagda. Citatet från gruppdiskussionerna nedan illustrerar att frågorna är många men att de ofta lämnas obesvarade.

– Hur ser hans journal ut? Har ni inte tillgång till den, för han har ju diabetes. Har man inte lagt märke till om han är mentalt retarderad?

– Nej, jag vet inte.

– Får ni inga journalkopior?

– Nej.

Att komma sent in i processen visade sig också vara ett hinder för att hitta information. I en berättelse blev distriktssköterskan kallad till en vårdtagare på grund av oklarheter kring medicinering. Distriktssköterskan hade inte träffat vårdtagaren vid en vårdplanering utan blev inblandad först när undersköterskan i hemtjänsten ringde och signalerade att det inte fungerade med medicinerna.

– Du har varit inne och vårdplanerat henne eller?

– Nej, aldrig.

– Hur fick du kontakt med henne då?

– Genom hemtjänsten som det ofta blir.

– Det fungerar inte med medicinen och hon har tagit fel och så vidare, och det var så jag blev inkopplad.

Att bli inblandad i ett sent skede innebar att distriktssköterskan hade svårt att få fram information. De epikriser som var tillgängliga berörde



endast den period när vårdtagaren varit inlagd vilket medförde att överblicken saknades. När distriktssköterskan via distriktsläkaren försökte få fram mer information om vårdtagaren visade det sig att inte heller läkaren hade någon information att delge. Det medförde att det rådde osäkerhet för distriktssköterskan om vem som var ansvarig för vården. I gruppen med cheferna diskuterades att distriktsläkarna borde vara den naturliga informationskanalen för vårdgivarna i kommunen. Även distriktssköterskorna såg distriktsläkaren som sin naturliga informationskanal i det som rörde den medicinska diagnosen och behandlingen. Trots att distriktssköterskan inte lyckats få någon information via vårdtagarens läkare på vårdcentralen var det inte naturligt för henne att ta kontakt med sjukhuset.

- Men du har inte fört någon dialog med hennes PAL?
- I primärvården? Honom pratar jag med ibland. Men inte någon på sjukhuset, det har jag aldrig gjort.
- Han ger inga svar?
- Nej, och han lägger inte ner energi för att få reda på... han säger bara att hon är jättesjuk så jag vet inte hur mycket han vet. Men det blir ju så klart så när där är så många aktörer. Han tycker kanske att det ligger på någon annans bord.
- Får inte du epikriser från sjukhuset?
- Jo... men vid det vårdtillfället låg hon inte inne så länge så då fick de nog inte reda på så mycket.
- De måste ju ha skrivit en remiss från onkologen.
- Ja, på något sätt.
- Det vill man ju veta som vårdtagare och som ansvarig sjuksköterska, att här har man gjort allt man kan men inte hittat orsaken.
- Men vem har den informationen? Det måste ju vara någon på sjukhuset. PAL:en kan ju det inte!

Att inte veta vilken information som getts till vårdtagaren skapade en osäkerhet i mötet. Detta fick till följd att viktiga samtal med vårdtagaren eller dennes närstående försvårades liksom planering av omsorgsinsatser då man ibland varken vågade fråga vårdtagaren eller dennes närstående om hur de tänkte kring tillståndet.

- Man vet ju inte hur mycket information han har fått om sin sjukdom.
- Är han informerad om hur sjuk han är, har någon läkare satt sig ned och pratat med honom om detta? Det är en viktigt grej egentligen... Många gånger när man är inne och vårdplanerar så är det sällan i det stora forumet man pratar om hur svårt sjuk någon är.

*Sammanfattning och övergripande tolkning:* Effektiv kommunikation anses som en viktig förutsättning för att ge personcentrerad vård<sup>1</sup> (Pelzang 2010). När personalen träffas i de första samtalen ges en bild av en näst intill omöjlig situation där de olika aktörerna ofta måste gissa sig fram. Olika personer har olika pusselbitar men eftersom de inte känner till vilka pusselbitar övriga aktörer har går det aldrig att få ihop någon helhet. Genom att personalen inte sitter inne med den kunskap de behöver för att ge en professionell vård tvingas de gå på sin erfarenhet av och förgivettagna föreställningar om hur det brukar vara. De tvingas att ta ansvar för något som de i realiteten inte har fått möjligheter att ta ansvar för. Det innebär att det blir svårt att göra en planering som är framåtsyftande och som kan användas för att bevara den enskildes hälsa och välbefinnande i ett längre perspektiv. I relationen till vårdtagaren och dennes närstående tvingas personalen ofta söka sig fram eftersom de inte vet vilken information de har fått. Rimligen leder detta till frustration hos samtliga inblandade. Samråd och god omvårdnad förutsätter att vårdpersonal lyssnar till och samverkar med vårdtagaren och dennes närstående men delat beslutsfattande förutsätter också att personalen sinsemellan har en gemensam målsättning och en gemensam bild. Det räcker inte med att varje yrkesgrupp och organisation var för sig för ett samtal med vårdtagaren eftersom personalen arbetar utifrån olika utgångspunkter i sina professioner.

## ***Bristande samverkan mellan olika organisationer***

För att vården av människor med många sjukdomar och komplexa vårdbehov ska fungera krävs det att samverkan mellan organisationer

---

<sup>1</sup> Rogers (1961) och Kitwood (1997) har varit föregångare till det som idag kallas personcentrerad vård. Det centrala i begreppet är att sätta vårdtagaren i centrum genom att se denne som en person i en social och fysisk kontext, där vården ska utgå ifrån ett demokratiskt förhållningsätt utifrån den enskildes villkor och önskningsar.

fungerar. I vardagen får vårdtagaren hjälp i hemmet från den kommunala vård- och omsorgsverksamheten och från primärvården. När deras insatser inte räcker till finns olika stödinsatser. Exempel på sådana är den specialiserade sjukhusvården, enheten för kvalificerad vård i hemmet och verksamhet med akuta hembesök där bilarna bemannas med läkare och sjuksköterska dygnet runt. Samtidigt som tillgång till stödfunktionerna ger trygghet och uppskattas diskuterade gruppen att det även finns en problematik med informationsöverföring när flera aktörer är inblandade. En farhåga var att personalen från andra organisationer satt inne med viktig information som inte spontant överfördes till hemtjänstpersonalen eller till den sjuksköterska från kommunen som var involverad. Detta gällde exempelvis när enheten för kvalificerad vård i hemmet blivit inblandad för att göra så kallade punktinsatser exempelvis vid smärtgenombrott när behovsmedicin inte räckt som smärtlindring. Citatet nedan är från en diskussion i gruppen med hemtjänstpersonal.

– Det är viktigt att få ordning på de mediciner hon ska ha och när. Det har varit hemskt, det är värdelöst att inte veta, att stå där. Vem ska man egentligen vända sig till? Vi har apodosen och KVH har smärtmedicinerna, doseterna och behovsmedicinerna. Tänk om vi bara hade kunnat sätta oss ner gemensamt och de hade förklarat för oss vad de vill ha för rapport av oss. Till exempel, hur damen reagerat på smärtstillande. Blir hon bättre eller blir hon sämre? Jag tycker till exempel att hon har blivit groggig.

– Ja, du som har varit där så mycket känner ju henne medan de andra är där kanske en max två gånger i veckan.

Ett annat problem som lyftes fram var att vissa organisationer ska avgränsa sig enbart till medicinska punktinsatser, ett förhållningssätt som kommunens personal och primärvårdsläkaren anser att de inte kan anta. När de andra inte tar en helhetsbedömning av en vårdtagares hela situation och behov blir resultatet att detta hamnar i knäet hos primärvården och kommunen.

– Sen skulle jag vilja veta på vilka grunder har man tagit beslutet att bara skriva in henne som punktinsats. Vad

har de för dokument att luta sig mot? Någonstans känner jag att primärvården får många gånger foga sig i att ta ansvar för helheten där andra (organisationer) avgränsar sig till en specifik diagnos. Men någonstans kan jag tycka att en sådan här patientgrupp (som vårdas i hemmet) ska de väl inte kunna avgränsa sig från. Får de göra det rent formellt, då är det något tokigt. Vi vet inte heller hur remissen (om punktinsatser) har utformats. Jag skulle vilja se motiveringen varför de inte skriver in henne helt, om nu remissen är skriven så att man önskat insatser.

Samtidigt verkar det som om samarbetet skilde sig åt mellan olika kommuner. Samarbetet mellan den kommunala hemsjukvården och ambulera specialistenheter bygger på relationer och personkontakter. Kontinuiteten i dessa över tid verkar också vara av betydelse. Citat nedan illustrerar ett samtal mellan chefer från de tre kommunerna där en av cheferna uttrycker missnöje med samarbetet medan en av de övriga cheferna uttrycker att de i den egna kommunen har byggt upp ett väl fungerande samarbete med den ambulera specialistenheten.

– Vi har samarbetat med KVH länge så jag kan säga att ibland är det personrelaterat. Men nu så hjälper KVH oss och då hjälper vi dem med något annat så det är mycket samverkan, jag tycker att det har blivit bättre.

– Hjälp med vad?

– Ja, vi hjälper till med till exempel provtagningar. Om personalen behöver någon extra undervisning så säger vi 'Kommer den vårdtagaren hem får ni komma ut och prata'. Då kommer de ut och vi har en sittning med alla där jag kallar in nattpersonalen.

– Fast det tycker jag inte man ska behöva be om. Om man lämnar över en dödssjuk patient till hemtjänsten ska man inte behöva be om att de (som har hand om denne) kommer ut och berättar.

I diskussionerna kom gruppen fram till att brister i samarbetet med andra organisationer inte enbart handlar om avsaknad av tillitsfulla relationer. Här fanns också organisatoriska hinder som bygger på eko-

nomi, hinder som de som enskilda anställda inte kan påverka. ”Vi kan ju säga att alla har begränsade resurser men ingen säger det högt.”

*Sammanfattning och övergripande tolkning:* Sammantaget så ges en bild av att det råder olika kulturer i den organisation som förväntas stå för stödinsatser och den som finns i den kommunala hemsjukvården. Kulturen i hemsjukvården innebar att personalen ansåg att de hade ett helhetsgrepp om personen som de skulle vårda sedan tidigare. De ansåg att de stod för kontinuitet i relation till vårdtagaren och att de hade en djupare personkännedom om dennes sociala liv, och den plats där de bodde. De uppfattade att de ambulerande teamen däremot såg sig själva mer som ”experter” på vissa medicinska områden som de behärskade ur ett helhetsperspektiv men som de avgränsade med en tydlig diagnos. Det innebar att de ambulerande teamen ibland stod för specialistinsatser medan den kommunala hemsjukvården hade ansvar för en mer grundläggande omvårdnad. I praktiken fick detta bland annat till konsekvens att det fanns olika vårddokumentationer i hemmet, att respektive organisation hade svårt att förstå varandra samt att den kommunala hemsjukvården ibland kände sig mindre värda. Det innebär också att personalen tvingas lägga ned kraft och energi på att försöka förstå och bemöta varandra. Även om man behöver varandras insatser kan det ibland ta sig uttryck i en gränsdragning som skapar rivalitet dem emellan, andra gånger i frustration över att de inte kan samarbeta på grund av ekonomi, tidsbrist och olikartade rutiner. Begreppet vårdkultur kan definieras på olika sätt. Leininger (2007) definierar detta transkulturellt och menar att en vårdkultur består av inlärd, delade och överförda värderingar, övertygelser, normer och levnadssätt som styr människans mönster för tänkande och beslut om deras handlingar. Ett sådant exempel är den vårdkultur som råder inom palliativ vård. Det är således inte endast den medicinska terminologin som är avgörande för hur en vårdkultur utformas. Edvardsson (2005) menar att vårdkulturer skapar olika atmosfärer, vilket då även kan relateras till olika arbetsplatser. Han beskriver akutens prägling av snabbhet i jämförelse med ett hospice som karaktäriseras av långsamhet. Möjligen är det så att personalen i hemsjukvården ibland känner att de ambulerande teamen präglas av en sorts sjukvårdskultur medan hemsjukvårdens personal utvecklar en egen kultur utifrån att arbeta på en plats där de tvingas vara mer situationsanpassade. För att förstå varandra behöver de bägge kulturerna mötas, samtala och föra en dialog på ett personligt plan. Detta samarbete mellan två organisationer försvåras

av bristande resurstilldelning, resurser som behövs för att möjliggöra reflekterande samtal i vårdkedjan.

## ***Brist på kunskap om vad vårdtagaren tänker, känner och vill***

Personalen upplevde det många gånger som svårt att förstå varför vårdtagaren inte tog emot den hjälp de erbjöds eller varför de levde på ett sätt som de uppfattade inte gagnade deras hälsa och/eller välbefinnande. Under samtalen reflekterade de dock över hur lätt det är att utgå från egna normer och värderingar och såg att de ofta tog för givet att alla hade samma värderingar som de själva.

– Ja, och det är ju en problematik för sig som jag tror att vi är dåliga på för de passar inte in i vårdsystemet eller i socialtjänsten utan de (vårdtagarna) hamnar mellan stolarna och vi är inte duktiga på att ta hand om det. Vi missar en massa där vi kanske hade kunnat underlätta för dem. Här kommer vi med vår kunskap och vår utbildning och värderingar och så har han en helt annan bakgrund och andra önskemål och tankar när man säger något till honom. Det är så lätt att utgå från att alla har samma förståelse från början. Vi utgår från våra värderingar och världsbild och tror att alla ser på det på liknande sätt.

Under samtalen efterfrågade deltagarna information om vårdtagarens bakgrund och tidigare sociala liv. De uttryckte att sådan kunskap var avgörande för att kunna vårda och förstå vårdtagaren utifrån dennes perspektiv. Från att initialt ha utgått från de egna normerna och värderingarna när man skulle vårda personen gick man alltså mot att försöka förstå verkligheten ur vårdtagarens eget perspektiv. Att ta reda på lite mer om den tidigare livshistorien blev en nyckel för att kunna sätta sig in i och förstå det som tidigare betraktats som ett irrationellt beteende.

– Egentligen vet vi inte hur länge han har varit eller hur han har fungerat tidigare... egentligen behöver vi ta reda på vad han själv vill men det svåra är att han inte

inser den medicinska bilden. Sen att han är smutsig och äter skinkan på vinden det...

I samtliga yrkesgrupper gjordes försök att förklara orsak till det som uppfattades som irrationella beteenden från vårdtagarens sida. Ett vanligt sätt var att sätta på sig medicinska glasögon. Genom att försöka förklara beteendet i medicinska termer, ofta i form av diagnosen demenssjukdom, blev det lättare att förstå och att hantera vårdtagaren. Han eller hon sågs inte ”bara som ett original” utan också som en person med en medicinsk diagnos. En diagnos på exempelvis demenssjukdom öppnade nya möjligheter, det blev lättare att ta sig rätten att använda övertalning för att förmå vårdtagaren att bryta ett mönster i beteendet. Samtidigt öppnade en medicinsk diagnos upp för att få tillgång till olika samhällsliga stödfunktioner.

– Det är en vits med att utreda minnet, har han någon svikt har han ju inte full insikt men är där någon diagnos på honom då är där helt plötsligt aktivering att erbjuda honom. ...// Även om han inte vill någonting och vi inte kan tvinga honom så har man en förståelse både för hemtjänst och för sjuksköterska när man vet att han är inte bara ett original utan att han har en vaskulär demens. Man jobbar lite annorlunda då känner jag. Även inom slutenvården har de ett litet annat tänk och synsätt (om han har en diagnos) än att han bara är ett original och vill inte och så vidare.

Men i grupperna diskuterades också andra sätt att försöka förstå beteenden som, åtminstone i början betraktats som irrationella. Istället för att se beteendet enbart som orsakat av en sjukdom började gruppmedlemmarna istället betrakta det som ett uttryck för ett tillkortakommande från vårdens och/eller omsorgens sida. Det kunde handla om hur man plötsligt insåg att skälet till att vårdtagaren inte följde givna ordinationer inte nödvändigtvis var en demenssjukdom. Istället kunde det handla om att personalen hade misslyckats med att informera om det medicinska tillståndet på ett sätt som blev begripligt för vårdtagaren. ”Han kan ju ha fått information men inte förstått. Om man inte ens vet hur kroppen ser ut inuti och när doktorn då förklarar, och så begriper man ingenting, men jaja det fixar sig”. En annan möjlighet som diskuterades i grupperna var att de inte hade lyckats skapa ett så-

dant klimat att vårdtagaren vågat förklara hur han eller hon tänkte och upplevde. Citatet nedan handlar om en man som accepterat att ta emot mat i samband med utskrivning från sjukhuset men som avbeställer maten så fort han kommer hem:

– Det kan ju vara (ett exempel) det här med matdistributionen, vill du ha det från och med idag? Ja, säger han då. Och sedan går det två dagar, då vill han avsluta. Så kommer det... han säger: att jag var mer eller mindre tvingad till att ta den, men jag ville inte ha den. Då har det gått upp för honom att det kostar 52 kr per portion. Andra vill inte säga det rent ut att det är pengar det handlar om men det är många gånger det. Det blir dyrt! Ja, det är dyrt! Du kan ju handla billigare mat och sedan få hjälp med att värma upp någonting.

En ytterligare reflektion som gruppens medlemmar gjorde var att de ibland hade utgått från att vårdtagaren *inte* skulle förstå och att de därför underlåtit att informera eller efterhöra hans eller hennes mening. Reflektioner av detta slag hade inte sällan karaktären av en aha-upplevelse. Dessa kom som regel inte i början av samtalet utan först när gruppen diskuterat och ”vänt och vridit” på fallet en stund. Exemplet ovan illustrerar just detta, att det ur vårdtagarens perspektiv var rationellt att acceptera att ta emot mat när han var på sjukhuset men att beslutet omprövades när han kom hem. I en av grupperna fördes en diskussion om vårdtagare accepterar sådant de egentligen ogillar ”för husfridens skull” och för att de föreställer sig att om de inte accepterar erbjudanden om bistånd kommer de inte att få komma hem.

*Sammanfattning och övergripande tolkning:* Sammanfattningsvis sker en förändring i grupperna där deltagarna i allt högre grad ställer frågor som handlar om hur vårdtagaren uppfattar sin situation, vad han eller hon tänker, önskar och hoppas. De uttrycker betydelsen av att förstå vårdtagaren och upptäcker att beteenden som verkat irrationella blir begripliga och till och med rationella om man vänder på perspektiven och försöker förstå situationer som de kan uppfattas av vårdtagaren. Elster (2011) belyser i sin teori om rationalitet två olika idétraditioner om vad ett rationellt val innebär. I den gamla traditionen står rationalitet i motsättning till intressen och passioner. I den andra och nyare idétraditionen bedöms en handlings rationalitet utifrån de preferenser



och uppfattningar som den handlande personen har. I grupperna sågs en utveckling från det gamla sättet att se på rationalitet där många av individens val bedömdes som irrationella. Istället kom de ofta fram till att se handlingen som rationell med utgångspunkt från vad vårdtagaren kände till och önskade i den situation där han eller hon skulle ta sitt beslut. Ett annat sätt att se på dessa diskussioner är att deltagarna gick från en önskan om att kunna förklara beteenden med hjälp av exempelvis en medicinsk diagnos till en strävan mot att förstå beteenden genom att förstå vårdtagarens livsvärld.

## ***Osäkerhet om andra yrkesgruppers kompetens och behov***

Men det var inte bara bristande kunskap om andra organisationer och deras respektive vårdkultur som var ett problem för att personalen skulle tillgodogöra sig information. Det visade sig även att det fanns olika föreställningar om andra yrkesgrupper och deras kompetens. Innan en vårdplanering kunde utföras måste personalen skapa en förståelse för varandras arbete. Det fanns en risk att olika yrkesgrupper tolkade samma situation på olika sätt utan att de faktiskt visste hur det egentligen förhöll sig. De olika professionsgrupperna förde samtal om varandras kunskaper och hur de olika professionerna bidrog till dokumentationen i olika vårddokument. För att få vårdkedjan att fungera var det angeläget att alla kunde förstå den terminologi som användes i de olika dokumenten. Svårigheten låg dock inte endast i den medicinska terminologin eller enstaka begrepp. Det rörde sig även om mer omfattande vårdprocesser där olika professioner använde ett sätt att samtala som de förstod inbördes men som var svårt att förstå för grupper utanför den egna professionen.

– Jag tycker det är intressant att lyssna, när man lyssnar på sjuksköterskor, läkare hur de talar om oss. Det är det här att man har för många olika sätt att se saker. Och de har inte kunskapen... om hur vi utreder.

Dessutom hade de olika professionerna inte alltid en förståelse för att den egna kunskapen var viktig för de andra att känna till men såg också ett problem i hur de skulle uttrycka sig. Problemet blev påtagligt för läkarna när de av samtalen förstod att det var viktigt att deras journal-

anteckningar kunde läsas av all vårdpersonal i vårdkedjan. Läkarna funderade över hur de skulle uttrycka sig så att alla skulle förstå. ”Eller att man skriver, i sent palliativt skede, när inga ytterligare behandlingar behövs. Hur uttrycker man det till en undersköterska? Döende vårdtagare?” Även rehabiliteringspersonalen uttryckte oro över att undersköterskorna inte skulle förstå vad de menade. Här handlade det om vikten av att aktivera vårdtagaren i hemmet för att denne skulle behålla sina funktioner.

– Jag möter hemtjänstgruppen en kvart, tio minuter för rapport varje morgon. Därför vet jag vad de gör... jag pekar litet lätt på att tänka på att inte ta ifrån dem, de här funktionerna som de har. Jag vet till exempel inte riktigt vad de gör när de håller på med tvätten... om de liksom involverar honom i tvätten.

Det var utifrån dessa föreställningar om varandras kunskap som de olika professionella grupperna sedan diskuterade vilken roll varje profession hade i relation till vårdtagaren. I samtalet påtalade personal med en bakgrund i medicinsk vård behovet av den medicinska kompetensen medan personal från den kommunala omsorgen ansåg att det medicinska ofta fick tolkningsföreträde framför det sociala. Rehabiliteringspersonalen ansåg däremot att den medicinskt utbildade personalen ofta glömde bort vikten av att bevara funktion.

– Jag känner att det är så klassiskt alltså när det är en sjuksköterska som berättar, då får man allt i detalj, vad hände medicinskt... men man får inte mycket om funktionen, hur den varit. Du får reda på att han är riktigt skruttig, men så kan han inte gå, de har ingen aktivitetsanalys, hur mycket orkar han med och hur påverkar det honom...?

*Sammanfattning och övergripande tolkning:* En iakttagelse var att när personalen förde en dialog i sin egen professionella grupp så poängterade de vikten av vad de kallade ”ett helhetstänk” i vårdkedjan. Detta ”helhetstänk” prioriterades av alla professionsgrupper som något som var centralt i deras arbete. Flera av grupperna menade att det var just deras profession som stod för helhet. Underförstått i samtalen var att de andra professionerna inte på samma sätt som de själva såg hela

människan. Samtidigt framkom det att det fanns olika innebörd när personalen refererade till vad de avsåg med helhet. Biståndshandläggarna talade om den sociala människan när de menade helhet. ”Alltså helhetssynen har man mer som biståndshandläggare. Ja, även om vi inte är medicinskt utbildade försöker vi ändå att se.” Rehabiliteringspersonalen talade om funktioner, att behålla det friska när de menade helhetssyn. ”Man måste ta upp det här och försöka hålla kvar de funktionerna han har, stimulera dem.” Sjuksköterskorna å andra sidan ansåg att de var spindeln i nätet i relation till vårdtagarna. De menade att de hade ett helhetsperspektiv eftersom de satte vårdtagaren i centrum i omvårdnaden. ”Sjuksköterskan ska vara spindeln i nätet, eftersom hon har helheten.” Distriktsläkarna menade att de hade ett helhetsansvar i och med att de ansvarade för vårdtagarens medicinska säkerhet. För enhetscheferna i den kommunala vårdorganisationen betydde helhet helt enkelt att ha överblick över situationen. Detta är ett exempel på hur ord och begrepp tolkas olika beroende utifrån vilken profession vårdgivaren tillhör och vilken funktion denne har i organisationen. Alla spelar roller i vårdarbetet vilket inte minst har påvisats genom Goffmans (1959, 1961) studier. Dessa roller skapar också hierarkier mellan olika grupper. Genom olika symboler (i detta fall språket) så befästes positioner. Goffman (1959) talar om ett symbolspråk som är kulturellt betingat men som inte enbart kan förstås verbalt utan även genom gester och artikulation. Professionell tillhörighet och vårdkulturer präglas av olika beteendemönster och ritualer. Det innebär att det finns förgivettagna föreställningar om hur varje profession förväntas uppträda. Dessa föreställningar om rollfördelningarna i hela vårdkedjan påverkade handlingskraften hos den enskilde, när de inte stämde överens med praktiken. Bristen på kunskap om vem som hade ansvar och de olika tolkningarna av en vårdssituation bidrog till en ”organisatorisk yrsel” hos vårdgivarna där de upplevde att de vårdade i blindo.

### ***En vändpunkt i synen på sig själv, på andra och på uppgiften***

Att vårda någon i hemmet där andra vårdgivare, såsom sjukhus eller primärvård också var inblandade, försvårade möjligheten att ge vård och omsorg med överblick. I den institutionella vården, på vårdcentraler, sjukhus och kommunala vårdinrättningar arbetar olika yrkesgrupper i en sammanhållen organisation i en fysisk miljö. I hemsjukvården

däremot är omvårdnaden och omsorgen koncentrerad till vårddagarens hem och personal från olika organisationer förväntas samarbeta runt den enskilde vårddagaren enligt överenskommelse mellan regionvård och hemsjukvård. Det sistnämnda kräver en mer situationsanpassad vård som måste ta stor hänsyn till den enskilde individens förutsättningar. I praktiken är dock inte detta helt enkelt. Distriktssköterskorna ansåg exempelvis att det ledde till oönskade konsekvenser för vård- och omsorgsgivare i hemmet och för vårddagaren när det rörde oklarhet om vem man skulle ta kontakt med vid olika symtom. I gruppen blev det också tydligt hur omöjligt det är att utgå ifrån att vårddagaren eller de närstående ska kunna veta vart de ska vända sig i olika situationer när inte ens de anställda alltid känner till det.

– På något sätt har man inte vårddagaren med i den här VOPS:en. Vet de vart de ska vända sig... när en är ansvarig för det och en är ansvarig för det här, vet vårddagaren det?

– Ja, om dom är någorlunda krya eller har anhöriga. Om de har ont, då vet de att de ringer KVH eller om de har fått urinvägsinfektionen då ska vi ringa till vårdcentralen.

– Nej, det har dom nog inte koll på!

– Nej, det är det jag menar! Då har de punktinsats från KVH men de tar bara hand om smärtan i urinvägsinfektionen.

– Ja precis! Som vårddagare skulle jag vilja veta. Har jag den frågan ringer jag dit, har jag den frågan ringer jag hit. Vårddagaren vet ju inte, det blir hemtjänsten för dom kommer hela tiden ju. Många gånger om de har trygghetslarm så trycker de på knappen. Det är inte alltid lätt för personalen som kommer dit att veta så då ringer hemtjänsten till oss.

Omsorgen om den enskilde ställdes på sin spets när vården utfördes i det egna hemmet. Hemma hos vårddagaren behövde ofta ett problem lösas omedelbart. Det fanns inte tid att invänta och kalla till vårdplanering. Det innebar ett problem att den vårdpersonal som arbetade nära vårddagaren inte visste till vem de skulle ringa. Att inte veta vem som var ansvarig gjorde att vissa deltagare initialt försökte finna en struktur med hjälp av lagstiftningen och vilken profession det var som

egentligen var den som skulle vara ytterst ansvarig. Biståndshandläggarna lutade sig mot lagstiftningen som de delade upp i ett socialt ansvarsområde i relation till ett hälso- och sjukvårdsansvar. Sjuksköterskorna talade i mindre utsträckning om denna uppdelning medan cheferna ofta diskuterade utifrån Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen.

- Det är inte mycket SoL här (i diskussionen om fallet). Vi har så olika glasögon, vad behöver göras? Och hur ska detta göras? Det är mycket den medicinska biten, vi handläggare kan erbjuda stöd, vi kan lyssna av och vi kan erbjuda möjligheter till stöd.
- Ja, vi ska planera för insatserna och vem ansvarar för detta. Men det är där man måste ha fördelningen, där har ju sjukvården sin del med distriktssjuksköterskan och läkemedelsansvaret.

När de olika professionerna diskuterade sina fallbeskrivningar i den egna professionsgruppen så uppstod ofta en sorts konsensus, till det praktiska arbete som skulle utföras. Detta ställningstagande låg sedan till grund för deras handlingar i den egna professionen. Samtidigt fanns en osäkerhet om vilket ansvar som låg hos de andra professionerna. Den osäkerheten fick personalen att efterfråga tydligare dokument och regleringar i en VOPS så att var och en kunde veta vad de skulle förhålla sig till i praktiken. När sedan samtliga professionsgrupper samtalade med varandra så blev de mer tveksamma. De pekade på ett behov av en klar ansvarsfördelning i riktlinjer och målsättningar av olika slag men kom samtidigt fram till att omvårdnad och omsorg i det egna hemmet måste anpassas till den speciella vårdsituationen. Dessa två ställningstaganden var på sätt och vis motstridiga. I en fördjupad reflektion mellan de olika professionerna började sedan personalen ifrågasätta att de tidigare kategoriserat in sig i allt för snäva ansvarsområden. Samtidigt som det fanns behov av en god vårddokumentation så fanns det även ett behov hos personalen att bryta ned tydliga gränssättningar i vem som skulle göra vad. Efter ytterligare reflekterande med de andra professionerna och i det fortsatta arbetet med fallen relaterade de mer till samverkan och samförståelse än till vem som hade ansvar för vad.

– Jag som biståndshandläggare (till usk) vet inte att det är så rörigt i hemmet om ni inte säger det till mig. Vi är ju ofta sammankallande men det behöver vi inte vara... Det kan vara vem som helst i teamet.

*Sammanfattning och övergripande tolkning:* Arnsteins (1969) modell ”Participation ladder” beskriver delaktighet på olika nivåer i en generell steg för individers delaktighet. Tydligt i Arnsteins modell är behovet av information för att kunna vara delaktig på en högre nivå, samt att det är personen själv som behöver ta ansvar för att utveckla delaktigheten. I de två första stegen i modellen som benämns manipulation och terapi får personen för litet information och blir vilseledd till att enbart se det egna problemet och inte de bakomliggande orsakerna. Detta stadium kallas för *icke deltagande*. Mycket av det som kommit till uttryck i början av samtalen avspeglar detta.

Steg tre till fem beskrivs som *symbolisk delaktighet*. I steg tre och fyra får personen information men ges ingen möjlighet att reflektera över denna, alternativt att informationen är för abstrakt. Detta speglas bland annat av diskussionen om olika språkbruk i professionerna om medicinsk kontra social terminologi. I steg fyra i stegen så konsulteras personen i samtalet medan i steg fem bjuds personen in i samtalet men ges inte möjlighet att individuellt besluta. Detta kommer till uttryck i att personalen upptäcker att oklarheter leder till ett ineffektivt användande av resurser. Problem som borde vara enkla att lösa tar tid i anspråk från vårdtagare, anhöriga och personal. Tid som läggs på att ringa runt för att ta reda på vart man ska vända sig i olika situationer istället för att ägnas åt vård och omsorg. Gruppen går mot att kritisera rutiner och organisering av vårdandet men har ännu inte diskuterat sina egna roller i relation till varandra.

Sista nivån i Arnsteins modell om delaktighet benämns *medborgerlig makt* och består av steg sex till åtta. I steg sex och sju så har personen lika mycket makt och inflytande som övriga deltagare. Personen är dessutom medveten om vilken makt de har över beslut i gruppen och kan genomdriva sina egna idéer. Sista steget kallas *medborgerlig kontroll* och innebär att personen har förmåga att aktivt framföra sina förslag och få dem genomförda. Processer mot medborgerlig makt och kontroll ses i slutet av den reflekterande processen i grupperna. Genom de kontinuerliga samtalen över tid skapas en tillit till övriga yr-

kesgrupper i det egna tvärprofessionella teamet men även en förståelse för varandra över kommungränserna. Den tidigare hierarkiska indelningen försvinner allt mer. Personalen ser sig som jämbördiga och börjar då fokusera mer på vårdtagaren och uppgiften än på ansvarsfördelningen mellan professionerna.

## ***Olika professionella och individuella värdegrunder***

I samtalen tog även personalen upp något som de benämnde som en yrkesångest. De upplevde att de som individer inte räckte till i sin egen professionella praktik. Arbetet var krävande och många arbetsuppgifter hade förändrats över tid på ett sådant sätt att den professionella rollen de tidigare haft inte var densamma. De känner emellanåt otrygghet i sin egen yrkesidentitet. ”Vi behöver jobba med den egna ångesten i stället för att föra över den på (var)andra.” Vad beror då denna professionella ångest på? Låt oss gå vidare och fördjupa oss i de olika professionernas värdegrunder.

Ett sätt att förstå behovet av att få en medicinsk diagnos är att diagnosen berättigar försök att övertala och motivera vårdtagaren till att gå med på det som vårdgivare erbjuder. Samtidigt finns risken att den medicinska diagnosen rättfärdigar att vårdtagarens vilja inte respekteras. Den anställde hamnar i etiskt dilemma där ett önskemål om att värna självbestämmande ställs emot en önskan om att göra gott. När detta ställs på sin spets handlar det etiska dilemmat om valet mellan att låta vårdtagaren bestämma själv eller att köra över honom eller henne med målet att värna välbefinnande eller till och med att rädda liv. I gruppamtalen fanns en tendens att den socialt utbildade personalen lyfte fram självbestämmandet som det absolut mest centrala medan omvårdnadspersonalen var mera kluvna, åtminstone när de uppfattade att vårdtagarens liv var i fara. Följaktligen beskrevs hur de ägnade mycket kraft åt att informera och motivera vårdtagaren att gå med på det som de själva föreslog. De försökte på detta sätt slippa köra över den enskildes självbestämmande. I följande beskrivning samtalar en grupp biståndsbedömare om problematiken. De visar med sitt resonemang att de är väl medvetna om hur svårt det är och att de själva ibland känner sig kluvna. Samtidigt uttrycker de att diskussionerna ständigt förs i arbetslaget:

- Det enorma ”omvårdnadstänket” som det oftast är från sjuksköterskor, medan vi är lite mer laid back, vi är mer kalla.
- Det kan ju vara fara med det. Det var som min sjuksköterska sa i vårt team, att han hade varit död om man inte hade... Men jag sa att vi kan inte mer än att erbjuda. Det är svårt att backa nu när de är så involverade och nu så vet de hur sjuk han är.
- Men är det vårt ansvar?
- Man får respektera. Är det kommunens ansvar, är det mitt ansvar som sjuksköterska eller som handläggare...? Jag kan ju inte bära andras känslor. Det är ett eget ansvar vi har! Vi hamnar alltid i de diskussionerna, flera dagar i veckan.

Det som hände när personalen från olika yrkeskategorier gavs möjlighet att föra en dialog tillsammans, där de lämnade utrymme för varandras synpunkter, var att de i allt mindre utsträckning diskuterade själva ansvarsfrågan men istället i ökad utsträckning började samtala om vad som var bäst för den enskilde vårdtagaren. Inte minst påtalade de vikten av att försöka se vårdtagaren utifrån dennes specifika livsvärld. I detta betonas även platsens betydelse.

- PAL har varit hemma på hembesök. Ja, så skulle han dit igen, men då blev mannen inlagd. Det kan vara viktigt att PAL:en ser var vårdtagaren lever och bor.

*Sammanfattning och övergripande tolkning:* Sammanfattningsvis visar gruppsamtalen att många olika professioner är inblandade i planeringen runt en och samma vårdtagare och att det kan vara både en styrka och ett problem. Skau (2003) menar att professionernas, sinsemellan, olika kompetenser förutsätter, överlappar och kompletterar varandra. Samtidigt menar hon att de också konkurrerar med varandra. I arbetet med att utforma en vård- och omsorgsplan i samverkan blir det viktigt att dessa olikheter blir medvetandegjorda. Under projektets gång verkade det som om förståelsen för andra professioners kompetenser och värdegrunder ökade vilket ledde till att val som tidigare uppfattats som mer eller mindre självklara plötsligt inte blev lika enkla. Biståndsbedömare ifrågasatte sina professionella värderingar av



självbestämmande som det övergripande etiska värdet när de såg att konsekvenserna av att låta en person bestämma själv blev livshotande. På motsvarande sätt ifrågasatte läkare och distriktssköterskor uppfattningar om att värna liv som det etiska värde som i alla lägen ska få högst prioritet. Gruppen uttryckte att det fanns motsägelsefulla krav som de inte kunde leva upp till. Ändå menar Eliasson-Lappalainen (1987) att det är ett sundhetstecken att känna ambivalens i valet mellan att värna självbestämmande och att värna liv. Genom att bejaka detta ambivalenta tillstånd och lyfta upp och reflektera över vår osäkerhet blir vi etiska och moraliska varelser som har ett ansvar både inför oss själva och inför den andre. Om personal inte ges möjlighet att reflektera över situationer, där man som vårdgivare samtidigt vill värna liv och stödja självbestämmande, finns risken att den anställda upplever etisk stress (Silverberg, 2006). Denna etiska stress riskerar att påverka även det direkta arbetet med vårdtagaren.

### ***Skilda förutsättningar i olika vårdplatser – att konstruera delar i ett system som ska representera helhet***

Ett beslut som förefaller vara rationellt i hemsjukvården kan uppfattas som irrationellt på sjukhuset. I samtalen framkom det att personalen inte alltid hade kännedom om vilka förutsättningar som fanns i olika vårdplatser (ambulerande team, sjukhuskliniker och människors eget hem) om de själva inte arbetade där eller hade erfarenhet av sådant arbete. Det innebär att det som såg ut som ett bra beslut på papperet eller i olika riktlinjer kunde te sig irrationellt i en enskild situation beroende på i vilken plats vårdtagaren befann sig. Svårt sjuka människor befinner sig i en ständig rörelse mellan olika vårdinstitutioner. I det egna hemmet, i den kommunala hemsjukvården tvingades vårdgivarna att ta större hänsyn till ett sammanhang som inte styrdes av institutionella riktlinjer och ordningar medan motsatta förhållandet fanns på sjukhuset.

Kommunens personal har inte tillgång till annan vårdpersonal i sin omedelbara närhet såsom när vården sker på sjukhuset. Det innebär att det måste råda en större flexibilitet i vården i det enskilda hemmet.

Situationen hemma kan snabbt förändras utifrån sociala omständigheter i vårdtagarens vardag och fysiska miljö.

– Jag som jobbat ute märker att det är en skyddad verkstad på sjukhuset. Där finns alltid någon att fråga. I hemmet kan du komma till katt- och hundskit och inga hjälpmedel, skitigt och möjligt. Det är en annan värld. Samtidigt är det en utmaning att vara ute och mer variation.

Personalen som arbetade på sjukhuset gav å andra sidan uttryck för en irritation över att kommunens personal inte har, som de upplevde, kunskap eller resurser för att förstå vårdtagarens medicinska prognos. I det dagliga arbetet i människors hem fanns det inte utrymme för att dela upp tillvaron mekaniskt. Hela situationen bestod av händelser där det levande livet var ständigt närvarande. Huruvida maken kan hjälpa till, eller hur vädret var just den dagen, eller hur långt det var till sjukhuset spelade stor roll i hur omvårdanden kunde bedrivas. Det fanns med andra ord en rad spatiala förhållanden som inte så ofta uppmärksammas i vårdforskning om närsjukvård och hemsjukvård. För det första så finns ofta en rumslig dimension runt den enskilde vårdtagaren när denne ofta förflyttades mellan vårdcentralen, sjukhuset och det egna hemmet. För det andra så visar samtalen att det är helt andra förutsättningar för personalen som vårdar i hemmet och dem som arbetar på sjukhus. Rämngård (2010) påtalar att detta bör uppmärksammas eftersom rumsliga sammanhang och platser påverkar hur arbetet kan bedrivas.

En konsekvens av att förutsättningarna varierade mellan vården på sjukhus och vården i hemmen tog sig bland annat uttryck i att personalen som arbetade i hemsjukvården och distriktsläkarna blev irriterade när den specialiserade vården delade upp människan i olika delar istället för att se till vårdtagarens hela situation. De upplevde en avsaknad av förståelse för vårdtagares sociala liv men också en frånvaro av förståelse för hela den medicinska problematiken.

– Här delar man in människan i smärta och andningsvägar... alltså det... suck! Vi ser helheten, det är det vi saknar när de gör punktinsatser, för de gör bara det.

Detta fick som konsekvens att kommunens personal i vissa fall inte hade tillgång till prognosen. De visste vad vårdtagaren hade för medicinsk diagnos men de visste inget om vad de skulle förvänta sig för medicinsk utveckling och detta ledde ibland till att vårdtagare for fram och tillbaka i systemet i onödan. Detta var en källa till irritation hos läkarna på sjukhuset, som ansåg att kommunen inte tog sitt ansvar. I dialog med läkarna på sjukhuset visade det sig att dessa utgick från att personalen i hemsjukvården kände till prognosen. Ett exempel var en äldre man som hade en hjärtinkompensation av rätt allvarlig karaktär där prognosen innebar att han inte skulle leva mer än högst ett par år. Personalen i den kommunala vården kände till diagnosen men inte dess prognos, det vill säga att den var så allvarlig, och förstod därför inte varför sjukhuset utförde den behandling de gjorde på mannen.

Ibland försökte personalen i de kommunala hemsjukvårdsteamerna höra med vårdtagarna själva, men detta visade sig vara svårt eftersom många av dem endast hade en diffus aning om deras egna problem. Det fick å andra sidan personalen i kommunen att fundera över vad de gav för information inne på sjukhuset.

– Vad pratar de med honom om på sjukhuset? Utbildar de honom, informerar de honom om hans sjukdom så han får komma till insikt eller går de bara där och sprutar Impugan?

Flera av specialistläkarna på sjukhuset uttryckte att de efter samtalen med de andra yrkesgrupperna förstod att det var viktigt att de deltog i vårdplaneringen på sjukhuset, och att de använde ett lättförståeligt språk i utskrivningsanteckningarna för att vården skulle fungera i hela vårdkedjan. De hade helt enkelt utgått från att överföringen hade fungerat adekvat. Primärvårdsläkarna påtalade att de upplevde att det var besvärligt när en vårdtagare med multikomplex problematik hade flera läkare och de inte hade möjlighet att få ett personligt samtal med läkarna på sjukhuset utan måste lita till epikriserna. De efterlyste därför ett tätare samarbete med läkarna på sjukhuset och ett utförligare journalsystem för uppföljning. Specialistläkarna redogjorde då för sin arbetssituation där de påtalade att de drog en gräns mellan det medicinska och det sociala ansvaret för vårdtagaren. Det sociala konsekvenserna för vårdtagaren var kommunens ansvar ansåg de.

– Det sociala runt patienten är kommunens sak att ordna, vi arbetar med de medicinska problemen och det finns ingen möjlighet för oss (inne på sjukhuset) att hinna med den biten också.

Primärvårdsläkarna som tidigare varit med i samtalen med hemsjukvårdens personal förklarade att en svårighet för dem i arbetet med att stödja kommunerna i den medicinska vården var att det inte fanns rutiner planerade i organisationen för deras kontakter med hemsjukvårdsteamet.

När primärvårdsläkarna förde vidare vad som diskuterats i samtalen på sjukhuset till yrkesgrupperna i hemsjukvården så kom de fram till att för att få en fungerande vårdplanering i hemmet så var primärvårdens roll central. Det innebar att primärvårdsläkarna skulle prioritera kontakten med hemsjukvården för att väga samman de sociala, medicinska och spatiala förhållandena för bättre vård och omsorg i det egna hemmet. En sådan organisation skulle innebära förbättringar för den medicinska säkerheten menade primärvårdsläkarna eftersom de då lättare kunde uppgradera medicinlistor och se olika effekter av läkemedel samtidigt som de kunde sprida kunskap till hemsjukvårdens personal om prognosen. Problemet med den föreslagna lösningen var att läkarna inte hade så stora möjligheter att föra dessa samtal med kommunens vårdteam och med den enskilde vårdtagaren på grund av tidsbrist. *Det handlar om några få timmar i veckan som skulle kunna ge kontinuitet i vården på ett sådant sätt att både personal och patienter skulle få en bättre vård och omsorg i det egna hemmet.*

En av de deltagande vårdcentralerna har börjat avsätta tid för samtal med hemsjukvården en eftermiddag i veckan. Den VOPS-blankett som framtoogs i projektet och det arbetsätt som involverar reflekterande samtal mellan olika yrkesgrupper ingår nu i ett projekt med multisjuka i Östra Göinge med avsikt att förbättra hemsjukvården i Skåne. Detta arbetsätt kommer att belysas i ett forskningsprojekt under 2012-2013.

### 3. Avslutande reflektioner

Deltagarbaserad aktionsforskning (PAR) innebär att utvärdera ett problem systematiskt, tillsammans med de människor som lever med detta i praktiken. Det har visat sig att PAR-processer kan påverka lokala situationer, genom att de leder till *förändrade värderingar* hos deltagarna. Det innebär samtidigt att själva forskningsansatsen försöker överbrygga gapet mellan teori och praktik i själva forskningsprocessen.

Ett bra resultat förutsätter att alla deltagare känner sig delaktiga i dialogerna. Många yrkesgrupper bär på förgivettaganden som de inte alltid själva är medvetna om. Dialogen mellan deltagarna ger möjligheter att bryta upp en del av dessa föreställningar. I detta projekt har deltagarna olika formella utgångspunkter i sin yrkesutövning. Genom att diskutera och föra en dialog runt dessa värderingar kunde individens eget perspektiv utvecklas och ett mer kritiskt och nyanserat förhållningssätt antas. En förutsättning för detta är att gruppen känner tillit till varandra. I projektet fick hela vårdkedjans professionella röster komma till tals genom studiens metodupplägg. Avgränsningen till tre kommuner har även inneburit att de enskilda individerna synliggjorts i projektet även om analysen, som fokuserat på samspelet i vårdkedjan, har genomförts på gruppnivå.

Från projektet kan tre olika former av ”kunskap” relateras till forskningscirkelns processer (Reason 1994). För det första, *propositionell kunskap*, som innebär att deltagarna använder idéer eller teorier av olika slag som de naturligen utövar genom sin profession. Samtidigt närms projektet av den *praktiska kunskap* som deltagarna har tillgodogjort sig genom sina yrkeserfarenheter, som de tillför dialogen i gruppen. En ytterligare aspekt på kunskap som inte ska negligeras är att deltagarna möts i nära kontakt med varandra. Det ger dem möjlighet att lösa problem som uppkommer och samtidigt studera varandras reaktioner på ett medvetet och omedvetet plan. *Taktisk kunskap* eller intuitiv kunskap kan på så vis utvecklas i ett socialt sammanhang i gruppen. Kunskapen som produceras genom den kunskapsöverföring som sker i projektet kan också ses som en generell kunskap som delas av de tre kommunerna, dess variationer präglas sedan av den lokala kun-

skap som finns inom varje kommun (Rämgård 2010). Enligt filosofen Lev Vygotsky (1978) utvecklas människors lärande när vi interagerar med varandra socialt. Det är genom denna interaktion och med hjälp av redskap såsom språket som människan lär sig att verka i en kultur. Det innebär att tankar och handlingar kan variera utifrån den kultur vi kommer ifrån och att kunskap skapas i ett kulturellt sammanhang. I projektet gäller detta både den professionella kulturen hos de olika yrkesutövarna och det specifika som kan relateras till de platser där vården bedrivs. Personer från olika vårdkulturer har ofta sin egen bild av verkligheten men kan i en sorts kunskapsöverföring i följe av Vygotskys teorier lära av varandra, genom att interagera. Utifrån detta resonemang är det viktigt att förstå att utveckling och överföring av kunskap inte kan separeras från den sociala kontexten, utan att själva lärandet utgår från aktiviteten i gruppen, i detta fall diskussionen runt de autentiska fallen. Den interaktiva, aktionsinriktade forskningsansatsen har den fördelen att den tillför ny kunskap till forskarsamhället, såväl som till praktiken, en kunskap som direkt kan införlivas i en handling i den praktiska kommunala verksamheten genom deltagarna i projektet.

## ***Studiens resultat***

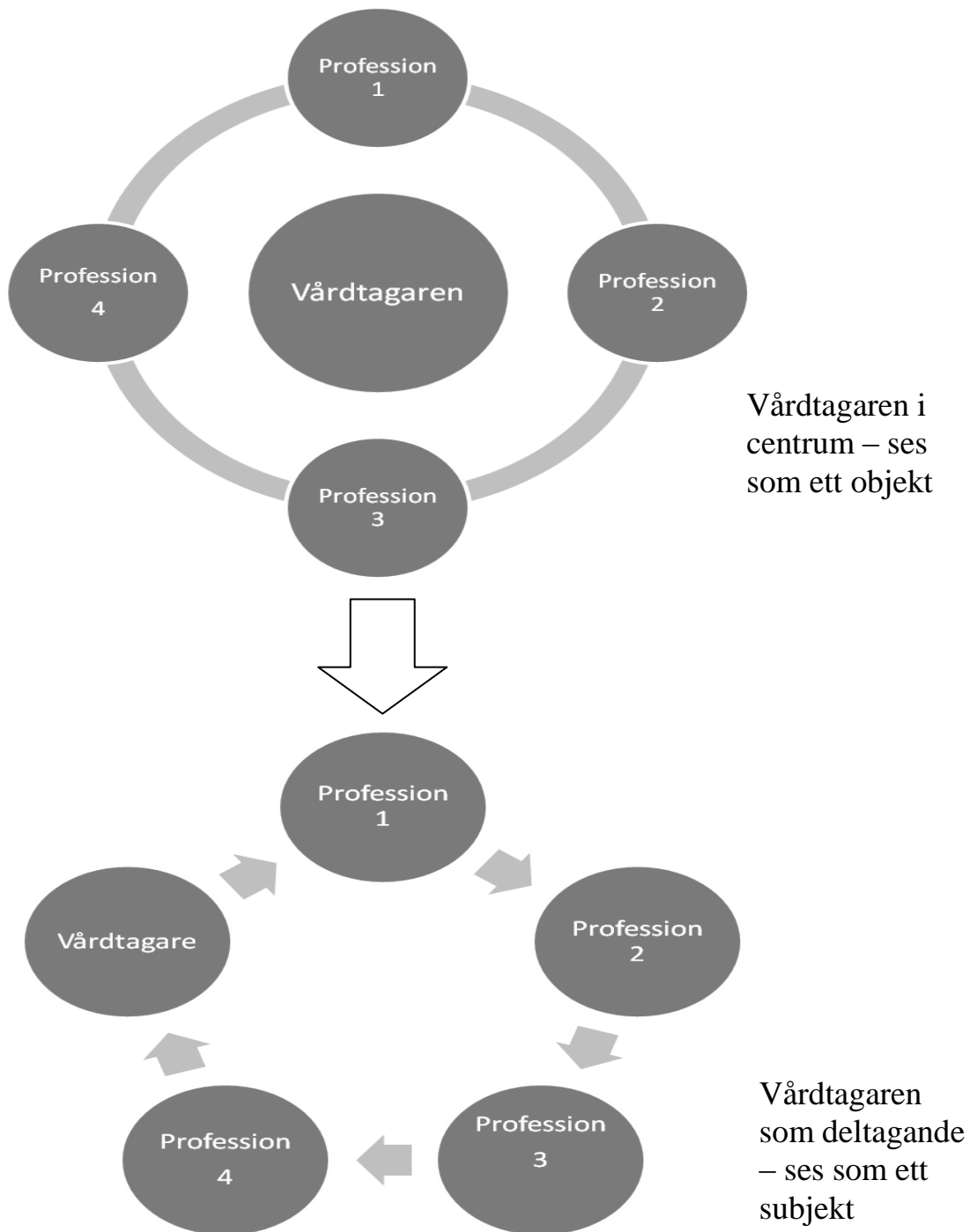
Kunskapssynen inom PAR innebär således att den lämnar utrymme för att det finns olika verklighetsbilder hos deltagarna och att kunskap ses som något som ”kommer till” i en process mellan deltagarna. I praktiken medför den processen att alla deltagarnas röster blir hörda, och att gruppen genom sina tankar, emotioner och i dialoger kan utbyta ståndpunkter och därmed få nya insikter (Savin-Bada & Wimpenny 2007). En lyckad aktionsforskning kräver tillit bland deltagarna (Petersson, 2009). I början av ett tvärprofessionellt aktionsforskningsprojekt har ofta varje profession *ett eget förhållningssätt* till problemen. Under dialoger med andra ökar tilliten i gruppen. Det utvecklas också en gemenskap runt de olika fallen trots att deltagarna har olika verklighetsbilder. Ett lyckat PAR-projekt får deltagarna att känna stolthet över vad de åstadkommit tillsammans, samtidigt som de som enskilda individer uppnår en ökad självkänsla. De ska känna sig mer autonoma i sina beslut, och uppnå en lojalitet mot sig själva och sina kollegor och de människor som de ger vård och omsorg (Guba & Lincoln 1989).

Ett resultat av aktionen i processen är att personalen kommit fram till att befintliga dokumentationssystem i allt för stor utsträckning delar upp människan samtidigt som de ofta utesluter vissa viktiga vårdaktörer. Deltagarna i projektet konstaterar att dokumentationen i allt för stor utsträckning utgår från ett snävt medicinskt perspektiv och ofta innehåller för mycket medicinsk terminologi. Samtidigt är ofta den medicinska prognosbilden oklar eftersom specialistläkarna antagit att prognos finns dokumenterad i andra journaldokument. Det sker inte alltid en adekvat kunskapstransferering till samtliga professionsgrupper från dessa journalsystem, bland annat beroende på den medicinska terminologin. Genom dialogerna har medvetenheten hos läkargruppen ökat om vikten av att dokumentera på ett sätt som kan förstås av olika personalkategorier. Dialogerna har också ökat förståelsen för att en god vårdplanering i samverkan kan minska belastningen på specialistvården. Slutligen har dialogerna även ökat specialistläkarens förståelse för generalistens problematik när de får en vårdtagare med många diagnoser och komplex problematik. Det finns all anledning att lämna utrymme för kontinuerliga dialoger mellan primärvårdsläkarna och specialistläkarna eftersom små problem i journalföringen kan få stora konsekvenser i planeringen ute i hemsjukvården. Planeringen av arbetsinsatserna i hemsjukvården kan inte enbart lösas med generella PM och organisationsförändringar, utan genom dialog mellan de olika yrkesgrupper och vårdtagaren i den uppkomna situationen.

En annan fördjupad insikt hos deltagarna är att VOPS-blanketten endast är ett medel. För en lyckad vård- och omsorgsplanering i samverkan krävs dialog, relationer och tillitsskapande mellan individer. Dessutom krävs *en genomtänkt struktur för själva vård- och omsorgsplaneringens genomförande*. Forskningen i projektet ger stöd för insikten att relationer är grundförutsättningen för samverkan. Relationen måste sträva efter jämställdhet genom delaktighet. Detta gäller mellan professioner, mellan organisationer samt mellan vårdtagare och vårdgivare.

Inom projektet har deltagarna tillsammans utformat en blankett som ska fungera adekvat i hela vårdkedjan. Den tar utgångspunkt i samtliga professioners behov och sätter den enskilde vårdtagaren i fokus för dialogen runt dokumentationen. Denna VOPS-blankett har prövats under våren och hösten 2011. Uppföljningen visar att personalen i

ökad utsträckning utgår från den enskilde vårdtagarens preferenser i samband med vårdplanering i hemmet. Denna process kan beskrivas som att personalen går från en omvårdnadsideologi om patienten i centrum till ett mer deltagande (participatoriskt) och demokratisk förhållningssätt med den enskilde och dennes omgivning (familj, vänner etc.) som deltagare i processen. Se figur nedan:





Detta kan även uttryckas som att personalen utvecklar en vårdideologi mot en mer personcentrerad vård. De bekräftar och respekterar den enskilde vårdtagaren och strävar i ökad utsträckning att synliggöra hela personens behov utifrån dennes egna upplevelser. Samtidigt visar resultatet också att det finns spänningar mellan olika professioner och organisationer. Resultaten är samstämmiga med närsjukvårdsstudien ”Professioner i samverkan” (Rämgård 2010). Vid en fördjupad analys av materialet så ses även en tendens att det framförallt är vissa normativa värden i relation till *hur personalen tolkar självbestämmandeprincipen som är en påverkansfaktor i hur de olika professionerna samverkar*. Detta sker på olika nivåer. På den individuella nivån befinner sig vårdgivaren i etiskt dilemma mellan sin önskan att göra gott utifrån sina egna uppfattningar om vad som vore bäst för den enskilde och sin önskan om att bevara självständigheten för den enskilde vårdtagaren. När dessa inte harmonierar med utfallet av omvårdnaden/omsorgen så försätts vårdgivaren i en form av etisk stressituation som de har svårt att hantera. Detta kan ibland förstärkas i teamarbetet. Eftersom varje profession har egna värdenormer för hur de ser på självbestämmandet för den enskilde finns en risk att de låser sig i förgivettagna föreställningar om vårdsituationen i fråga. Dessa värdenormer försvårar samarbete mellan de olika professionerna. Det finns även revirstrider mellan de specialiserade regionala vårdteamen och den kommunala hemsjukvården som bör uppmärksammas. Dessa revirstrider beror på vem som anses ha tolkningsföreträden i vissa vårdsituationer. Organisationstillhörigheten markeras genom olika dokumentationssystem och minskad tillit mellan personalkategorier utifrån om de arbetar på sjukhus eller i den kommunala hemsjukvården. *Problemet i samverkan är således inte endast tolkningsföreträdet i medicinsk kontra social problematik utan även vilket tolkningsföreträde och roller de olika yrkesgrupperna anser sig ha till den enskilde vårdtagaren*. Om VOPS-dokumentationen kompletteras med reflekterande samtal i grupp mellan primärvårdsläkaren och de kommunala teamen kommer det förmodligen att förstärka arbetet i hela vårdkedjan och skapa större trygghet för den enskilde vårdtagaren.

Dialogerna och reflektionerna i projektet har inneburit att många av deltagarna har bearbetat besvärliga vårdsituationer, vilket har tenderat att minska deras etiska stress. Det innebär att dessa deltagare troligen känner ett större välbefinnande rent allmänt och att de samverkar på ett bättre sätt i teamet. Det kan möjligen förklaras av att de genom att

diskutera sina egna värdenormer i dialog med andra minskat sina behov av att fokusera på ”vem som gör vad” i arbetet. Den ökade tilliten mellan de olika yrkesgrupperna minskar förmodligen behovet att försvara sin professionella position vilket medför att de sätter vårdtagarens preferenser mer i fokus. I gruppen har hierarkierna mellan olika personalkategorier tenderat att minska över tid. Flera av deltagarna har i uppföljningen av projektet uppgett att reflekterande dialoger mellan de olika professionerna och en gemensam syn på vårdplanering i hemmet (VOPS) inneburit att de nu tar större hänsyn både till vårdtagarens närstående och den enskildes sociala och existentiella behov. Deltagare har också uttryckt att arbetet blivit roligare och att de känner större mening i sina praktiker. *Framförallt har arbetet mellan primärvårdsläkarna och de kommunala teamen förbättrats av projektet.* En förklaring till detta kan vara att personalen har fått en ökad förståelse för varandras praktiker, och erkänt samtliga professioners betydelse i vården.

Några åtgärds punkter som föreslås med bakgrund av studiens resultat är:

- Det krävs en genomtänkt struktur för själva vård- och omsorgsplaneringens (VOPS) genomförande. En bra vårdplanering förutsätter en *gemensam organiserad dialog* i samband med vårdplanering i hemmet där samtliga professioner samverkar med vårdtagare och deras närstående. Vårdtagarens egna preferenser och önskemål ska ligga till grund för vårddokumentationen.
- Det behövs ett mer organiserat samarbete mellan primärvårdsläkarna och de kommunala teamen avseende vårdplanering i samverkan för att förbättra den medicinska säkerheten i hemsjukvården.
- Det behövs en organiserad dialog mellan specialistläkarna på sjukhuset och primärvårdsläkarna för att uppnå bra vård i hemsjukvården.
- De olika professionsgruppernas värdesystem och hur de ser på självbestämmandeprincipen bör diskuteras i organisationerna för att få en gemensam värdegrund.

- En förutsättning för att vårdplanering i samverkan ska fungera är att befintliga dokumentationssystem utvecklas så att de synliggör vårdtagarens egna behov och att de beskriver hur *samtliga* vårdaktörer runt vårdtagaren ska medverka till detta i praktiken.
- En förutsättning för att vårdplaneringen ska fungera adekvat är att den medicinska terminologin är förståelig för alla yrkesgrupper i vårdkedjan.

*Sammanfattning:* Studien visar att vårdplanering i samverkan (VOPS) kan vara ett utmärkt sätt att planera vården för den enskilde i hemsjukvården. Problem med kunskapsöverföring, information, ansvarsfördelning och förståelse av medicinsk terminologi i vårdkedjan påverkar arbetet i hemsjukvården. För att förbättra för hela vårdkedjan krävs en vårdplanering i det egna hemmet där flera professioner deltar tillsammans med vårdtagare och närstående, vilket förutsätter en vårdplanering i grupp. Primärvårdsläkaren har med sina medicinska kunskaper en central roll och bör därför vara en av deltagarna i gruppen. De olika professionernas värdegrunder avseende deras syn på självbestämmandeprincipen är en viktig påverkansfaktor i denna samverkan. Genom gruppens dialog och reflektion i en mer grupporienterad vårdplanering så överbryggas olika synsätt mellan professionerna. Detta resulterar i att personalen i högre utsträckning än tidigare arbetar mot en personcentrerad vård som tar hänsyn till vårdtagarens egna preferenser och önskningar.

## Referenser

- Arnstein, S.R. (1969). *A ladder of citizen participation*. JAIP, 35(4), 216-224
- Carr, W. & Kemmis, S. (1986) *Becoming Critical. Education, knowledge and action research*
- Guba, E.G. (red.) (1990). *The Paradigm dialogue*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Edwardsson, D. (2005). *Athmosphere in care settings. Towards a broader understanding of phenomen*. Doktorsavhandling, Institutionen för omvårdnad, Umeå Universitet
- Elster, J. (2011). *Förnuft och rationalitet*. Göteborg: Daidalos
- Eliasson-Lappalainen, R. (1995). *Forskningsetik och perspektivval*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Goffman, E. (1961). *Totala institutioner*. Stockholm: Nordstedts Förlag
- Goffman, Erving, (2004). *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*, [Ny utg.], Prisma, Stockholm, 2004
- James, W. (2008). *Pragmatism: A Series of Lectures by William James*. Rockville: Arc Manor
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The person come first*. Open University Press, Buckingham
- Leininger, M.M. (1991). *Culture care: Diversity and University A theory of Nursing*. National Legual for nursing Press
- Lagercrantz, K. (1998). *Skilda världar - om mötet mellan socialt vardagsarbete och forskningen*, FoU Skåne skriftserie, 1998:1
- Mead, G.H. ( 1934 ). *Mind, self and society*. New York: University of Chicago Press
- Peterson, P. (2009). *Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta. En avhandling om deltagarbaserad aktionsforskning i svensk vård och omsorg*. Akademisk avhandling Örebro Universitet, Örebro studies i care sciences 26
- Petersson, P., & Blomqvist, K. (2011). Sense of security – searching for its meaning by using stories: a Participatory Action Research study in health and social care in Sweden. *International Journal of Older People Nursing*, 6, 25-32

- Petersson, P., Springett, J., & Blomqvist, K. (2009). Telling stories from everyday practice, an opportunity to see a bigger picture: a participatory action research project about developing discharge planning. *Health and Social Care in the Community* 17(6), 548-556
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centered care. *British journal of nursing*. 19(14), 912-917
- Region Skåne. (2005). Rekommenderade riktlinjer. Hämtad 2011-11-18 från [https://www.skane.se/upload/Webbplatser/vardwebb/rekommenderade\\_riktlinjer.pdf](https://www.skane.se/upload/Webbplatser/vardwebb/rekommenderade_riktlinjer.pdf)
- Region Skåne. (2009). Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne. Hämtad 2011-11-18 från <http://www.skane.se/Public/HAB/Namnden-2010/20100209-arende9-2.pdf>
- Rapaport, R. (1970). Three dilemmas in action research. *Human Relations* 23 (9), 499 - 513
- Reason, P (ed).(1994). *Participation in Human Inquiry*. Aukland: Sage
- Regeringskansliet (2009). Lagen om valfrihetssystem. Hämtad 2012-05-09 från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/112556>
- Rogers, CR.(1961). *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin, Boston
- Rämngård, M. (2011). *Terapeutiska landskap i samhällsplaneringen*. Kommunförbundet Skåne, Forskning och Innovation, rapport nr 4, 2011
- Rämngård, M. (2010). *Närsjukvård - Samverkan mellan olika professioner i närsjukvården*. Kommunförbundet Skåne. FoU Skåne, rapportserie 2010:5
- Rämngård, M. (2009). *Platsens betydelse för dementa. En studie av tre kommuner i Skåne*. Kommunförbundet Skåne.FoU Skrifserie 2009:8
- Savin-Bada; & Wimpenny, K. (2007). Exploring and implementing participatory action research. *Journal of Geography in Higher Education*. vol 31,no2,331
- Skau, G.M. (2007). *Mellan makt och hjälp: om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. (3.,[uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber
- Socialstyrelsen (2008). Hemsjukvård i förändring – En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Hämtad 2012-05-09 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-59>
- Silverberg, G. (2006). *Spindeln i nätet – om etiska spår. Biståndshandläggare och sjuksköterskor i äldreomsorgen*. Kommunförbundet Skåne, FoU Skånes skriftserie minirapporter 2006:8

Stringer, E., & Genat, W. (2004). *Action research in health*. New Jersey: J Pearson Education

Winter, R. & Gunn- Middings, C.M (2001) *A Handbook for action research in health and social care*. Routledge

Vygotsky, L. S (1978). *Mind in Society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press