

SO150PH07, C-uppsats, 071220  
Susanne Olsson och Marika Lindgren

**Högskolan Kristianstad**  
**Institutionen för beteendevetenskap**  
**Personal- och Arbetslivsprogrammet**

**C-uppsats i Sociologi**

**Ht 2007**

# **SAMVERKAN MELLAN KOMMUN OCH LANDSTING**

**Författare: Susanne Olsson och Marika Lindgren**

**Handledare: Gudmund Jannissa**

**Examinator: Sören Augustinsson**

## Innehållsförteckning

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	<b>1</b>
<b>1. SAMMANFATTNING</b> .....	<b>2</b>
<b>2. INLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<b>3. SYFTE</b> .....	<b>4</b>
<b>4. BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
<b>5. FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	<b>5</b>
<b>6. RAPPORTER/FORSKNING</b> .....	<b>5</b>
<b>7. TEORI</b> .....	<b>8</b>
<b>7.1 BYRÅKRATITEORI</b> .....	<b>8</b>
<b>7.2 KRITIK MOT WEBERS BYRÅKRATITEORI</b> .....	<b>10</b>
<b>7.3 ORGANISATIONEN SOM RIZHOME</b> .....	<b>11</b>
<b>7.4 SYMBOLISK INTERAKTIONISM</b> .....	<b>11</b>
<b>7.5 ERVING GOFFMAN</b> .....	<b>12</b>
<b>8. METOD</b> .....	<b>14</b>
<b>8.1 METODVAL</b> .....	<b>14</b>
<b>8.2 DESIGN</b> .....	<b>14</b>
<b>8.3 URVAL</b> .....	<b>15</b>
<b>8.4 LITTERATURSÖKNING</b> .....	<b>15</b>
<b>8.5 SEMISTRUKTURERADE INTERVJUER</b> .....	<b>15</b>
<b>8.6 INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>16</b>
<b>8.7 BEARBETNING AV DATA</b> .....	<b>17</b>
<b>8.8 VALIDITET OCH RELIABILITET</b> .....	<b>18</b>
<b>8.9 METODKRITIK OCH DISKUSSION</b> .....	<b>18</b>
<b>9. RESULTAT</b> .....	<b>20</b>
<b>9.1 SAMVERKAN</b> .....	<b>20</b>
<b>9.2 KOMMUNIKATION</b> .....	<b>22</b>
<b>9.3 SAMVERKANSAVTAL</b> .....	<b>23</b>
<b>9.4 VÅRDPLANERING</b> .....	<b>23</b>
<b>9.5 KOMPETENS</b> .....	<b>24</b>
<b>9.6 RUTINER/ANSVAR</b> .....	<b>25</b>
<b>9.7 RESULTATSAMMANFATTNING</b> .....	<b>26</b>
<b>10. DISKUSSION – ANALYS</b> .....	<b>27</b>
<b>10.1 SAMVERKAN</b> .....	<b>27</b>
<b>10.2 KOMMUNIKATION</b> .....	<b>28</b>
<b>10.3 KOMPETENS</b> .....	<b>29</b>
<b>10.4 KOPPLING TILL RAPPORTER/FORSKNING</b> .....	<b>30</b>
<b>11. SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING</b> .....	<b>31</b>
<b>12. EFTERORD</b> .....	<b>31</b>
<b>13. REFERENSER</b> .....	<b>32</b>
<b>14. BILAGOR</b> .....	<b>35</b>
<b>BILAGA 1. ORGANISATIONSSCHEMA</b> .....	<b>35</b>
<b>BILAGA 2. RHIZOME</b> .....	<b>36</b>
<b>BILAGA 3 INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>37</b>

## 1. Sammanfattning

Med utgångspunkt ifrån en specifik händelse och ett axplock av negativa samverkansaspekter hämtat ur Socialstyrelsens rapporter, är syftet med studien att lyfta fram hur anställda genom sin egen erfarenhet inom kommunal äldreomsorg/hemsjukvård i en kommun, anser att samverkan skulle kunna fungera på ett mer positivt sätt mellan kommun och landsting. Enligt tidigare forskning har man bland annat kommit fram till att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting när det gäller hemsjukvård, vilket i sin tur blivit konflikt- och revirskapande för huvudmännen. Trots detta måste organisationer inom offentlig sektor idag samverka på grund av utvecklingen i samhället, när det gäller vård och omsorg. Utifrån en kvalitativ studie och halvstrukturerade intervjuer har tankar/idéer väckts hos anställda på lokal nivå i en kommun kring samverkan. Studiens mest framträdande drag är att den enskilde individen har betydelse för hur organisationernas olika organ verkar och agerar. Studien kan ses som en förstudie till att undersöka vilka byråkratiska hinder som finns för ett förverkligande av samverkans förslag, samt hur man skulle kunna undanröja dessa.

Sökord: *Samverkan, landsting, kommun, hemsjukvård*

## 2. Inledning

Intresset för att göra en studie om samverkan mellan kommun och landsting väcktes genom en specifik situation: En vårdtagare på ett boende blir under nattetid sjuk och tjänstgörande sjuksköterska får via läkarkontakt ordinationen att ta blodsockerprov vid ett antal tillfällen under natten. Sjuksköterskan delegerar denna ordination till en undersköterska. Det visar sig att utrustningen ej är komplett. Indikatorstickor saknas, varför? Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Hsl) (SFS 1990:1465, 18§), ska alla kostnader förorsakade av ordinerade och delegerade sjukvårdande uppgifter till kommunens hemsjukvård från läkare, bekostas av landstinget. Här hade en oenighet mellan organisationerna föranlett att dessa inte fanns.

Episoder som den här kan ha sin grund i hur samverkan och kommunikation mellan kommun och landsting fungerar. Situationer med liknande problematik har behandlats i ett antal rapporter/dokument från Socialstyrelsen, vilka gjort nationella granskningar vad gäller verksamhetstillsyn inom hälso- och sjukvård. Orsaken till detta är att kommunerna övertog det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården, i de särskilda boendeformerna genom Ädelreformen 1992.

Rapporterna tar generellt upp de brister som framkommit när det gäller samverkan mellan kommuner och landsting. De beskriver hemsjukvården som en växande sektor vilket får till följd att allt mer avancerad vård utövas i hemmen. Man har bland annat kommit fram till att verksamheten behöver struktureras och samordnas samt följas upp på ett bättre sätt än idag (Socialstyrelsen, 2005).

Idag är landsting och kommun två byråkratiska organisationer där ansvarsfördelningen för hemsjukvård inte är tillräckligt klar och tydlig och detta bäddar för revirstrider dem emellan (SOU: 2 004:68).

I en studie som Danermark & Kullberg gjort, påvisas en problematik i att samverka, eftersom olika offentliga myndigheter utifrån olika regelverk och kunskapskontexter, gemensamt ska planera för ett utförande av insatser (Danermark & Kullberg, 1999).

Den problematik som den tidigare nämnda situationen speglar, de brister socialstyrelsen tar upp, och studiens belysning av samverkan, är av betydelse för många intressenter, däribland arbetsgivare och medarbetare.

Vi har som utgångspunkt att människor i grunden är agerande subjekt och inte enbart utbytbara brickor inom opersonliga, rationella organisationer. Mot denna samlade bakgrund formades vårt syfte.

### **3. Syfte**

Uppsatsens syfte är att beskriva och problematisera anställdas egna erfarenheter och lyfta fram förslag till förändringar inom kommunal äldreomsorg/hemsjukvård i en kommun.

### **4. Bakgrund**

1992 genomfördes Ädelreformen vilket innebar en ny ansvarsfördelning mellan kommun och landsting. Huvudskälen till reformen var att förbättra samverkan och samordning mellan kommun och landsting, genom att ”äldre och handikappade skall få bättre boende, service och vård” samt att ”hushållningen med tillgängliga resurser – personal och pengar – för service och vård skall förbättras” (Ädelboken, 1992:11). Eftersom det innan reformen uppvisats tydliga brister i ansvarsfördelning mellan kommun och landsting ville man nu ge ett mer samlat ansvar till kommunerna både vad det gällde ekonomin och servicen för äldre och handikappade. Man kunde också demografiskt förutse en ökad medellivslängd av befolkningen, att andelen äldre över 80 år skulle öka, därmed också ett större behov av vård framåt i tiden (Ädelreformen, 1992). Detta innebar förändringar i Hsl samt i socialtjänstlagen (Sol). Äldredelegationen föreslog att ansvaret för de medicinska insatserna upp till läkarnivå, skulle läggas på primärkommunerna, så att dessa kunde tillgodose bland annat i enskilt hem och i särskilda boendeformer (Ds 1 989:27). På detta sätt kom hemsjukvården att hamna i fokus för kommunerna.

I den kommun där vi har utfört våra intervjuer fördes ansvaret för hemsjukvården över till kommunnivå först 1998. Bifogat organisationsschema (bilaga 1) beskriver kommunens vård och omsorgsverksamhet där hemsjukvården är en del. Organisationen är uppbyggd enligt matrisprincipen (Bakka, Fivelsdal & Lindkvist, 2001). Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är direkt underställd vård och omsorgschef. Hemsjukvården består utav sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, som i sin tur är underställda sin verksamhetschef. Kommunens hemsjukvård ansvarar för insatser upp till läkarnivå.

## 5. Frågeställningar

- ~ Vilka tankar och idéer finns det kring samverkan hos de anställda inom kommunal hemsjukvård i en kommun?
- ~ Hur kan dessa tankar och idéer appliceras i den egna verksamheten på ett positivt sätt?

## 6. Rapporter/Forskning

Flera utredningar/översyner och rapporter från Socialdepartementet har gjorts och presenterats på uppdrag från regeringen efter det att Ädelreformen trädde i kraft 1992. I en genomgång av ett flertal rapporter har det framkommit liknande brister i hur samverkan fungerar mellan kommuner och landsting. De rapporter som ligger till grund för den här studien är följande:

- ~ Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården, slutrapport(2005)
- ~ Vården till människorna istället för tvärtom? – en granskning av vårdkedjan för äldre i Göteborg år (2002)
- ~ Vilka förutsättningar finns det att bedriva en hemsjukvård med god kvalitet? Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn inom Uppsala-Örebroregionen (2005)
- ~ Borta bra men hemma bäst? En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige (2005) Nationell handlingsplan för äldrepolitiken, Lägesrapport (2001)
- ~ Patientsäkerhet och kvalitet i hemsjukvården, rapport från en tematisk tillsyn av hemsjukvården i de fyra nordligaste länen(2005)

Det tas bland annat upp att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting, när det gäller hemsjukvård, vilket i sin tur blivit konflikt- och revirskapande för huvudmännen. Riskerna med detta är att huvudmännen hänvisar till den andres verksamhet för att undvika kostnadsansvar (SOU, 2004). Socialstyrelsen föreslog därför att:

*”landsting och kommuner ska ha en lagstadgad skyldighet att samverka kring vården av enskilda personer med sammansatta vårdbehov vilka behöver integrerade insatser från specialistsjukvården, landstingens primärvård och kommunernas hemvård” (SOU, 2004:9).*

Det framkommer också brister som behandlar osäkerhet kring avvikelserapportering gällande medicinhantering för personalen, där informationsöverföring och ofullständiga läkemedelsordinationer kan äventyra patientsäkerheten. Socialstyrelsen har sett att tydliga och klara rutiner, samt personalmöten med målen att bevaka kvaliteten i hälso- och sjukvården bör ske med fokus på patientsäkerhet för att minimera osäkerheten (Socialstyrelsen, 2005).  
Hemvård är ett begrepp som föreslogs:

*”omfatta hemtjänst i Sol och insatser i bostaden enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt hemsjukvård enligt Hsl.  
Hemvård inbegriper alltså de integrerade sociala och medicinska insatserna inklusive habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och förbrukningsartiklar som den enskilde behöver i sin bostad” (SOU, 2004:9).*

Socialstyrelsen poängterar inför framtiden att helheten inom vård och omsorg måste stå i fokus när det gäller den enskilde individen oberoende vilken vårdform det gäller.

Viktigt är att skapa gemensamma mål, en ökad grad av samsyn och gemensamma förhållningssätt för kommuner och landsting. Förutsättningen för en god vård och omsorg är beroende av samverkan över organisationsgränserna (Prop.2005/06:115).

Intresset för samverkan och samverkansproblematiken har under senare år blivit allt större. Detta kan till stor del bero på att välfärdsstaten söker nya sätt att arbeta på, samverkan har därför blivit ett sätt att organisera arbete på, ofta i projektform. Samverkan som fenomen mellan myndigheter inom den offentliga sektorn är en förhållandevis ny arbetsform och därför finns inte så mycket forskning på området samt att det finns en brist på studier som är teoretiskt förankrade.

Olika lagar och förordningar som gäller för ex en patient beroende på inom vilken organisation man befinner sig, påverkar de olika huvudmännen i sitt sätt att agera gentemot patienten, samt hur de tillsammans ska kunna verkställa de behov som framkommer. På grund av att olika behov såsom en sjukvårdande insats eller stöd i den personliga omvårdnaden, har sin grund i olika lagstiftningar, ställer detta krav på att någon typ av samverkan sker, mellan de aktörer som ska verkställa detta behov. Det gäller att i god tid se den samverkansproblematik som kan uppstå, för att kunna bearbeta den så att man kan hantera den på ett så bra sätt som möjligt.

Stor betydelse har att de olika huvudmännen inte kan välja om de vill samverka eller inte, eftersom utvecklingen i samhället har bidragit till att man inom sjukvården lagt över nya uppgifter inom vård och omsorg till kommunerna. Ädelreformen 1992 är ett tydligt exempel på denna samhällsutveckling vilket i sin tur leder till en typ av beroendeförhållande mellan kommun och landsting. När det gäller samverkan mellan två olika huvudmän innebär det att man påbörjar en förändringsprocess då det inte finns några självklara lösningar på de problem som uppkommer. En samverkan behöver finna sin form på den plats där det behövs vilket ställer krav på dem som ska utföra den.

En problemlösning i en samverkansgrupp kan i sin tur generera nya problem som man inte kunnat förutsäga. Det har ex framkommit i studien att personkemi, vaga målsättningar, skillnader i kunskapsmönster, ekonomiska intressen och maktstrukturer kan vara faktorer som kan hämma samverkan (Danermark & Kullberg, 1999). Faktorer som kan gynna samverkan är att:

*”alla deltagare vid starten har en gemensam utgångspunkt och gemensamma referensramar, att en gemensam metod för att utveckla samarbetet finns samt att mål, principer och etiska förhållningssätt noga diskuteras redan innan verksamheten påbörjas”* (Danermark & Kullberg, 1999: 56).

Olika organisationer och arbetsförhållanden blir grunden till olika problem, där kunskap och kompetensfrågor ifrån olika kunskapstraditioner krockar med varandra när man ska samverka. När de olika organisationerna ska lösa ett problem uppstår frågor kring gränsdragningar på grund av olika regelverk som också kan motverka samverkan. Främst kan problem som rör ansvar, beslut och under vilka premisser arbetet skall utföras nämnas.

Olika aktörer har förutom olika regelverk även olika politiska mål som reglerar verksamheten att ta hänsyn till. Sammantaget kan en komplexitet skönjas utifrån hur samverkan bedrivs, eftersom det är många faktorer och aktörer som ska samspela med varandra för att ett behov ska tillfredställas (Danermark & Kullberg, 1999).

Utifrån denna presentation av begreppet samverkan mellan organisationer inom den offentliga sektorn, framkommer betydelsen av att mer forskning behövs. En stor anledning till detta är att det är många intressenter som berörs däribland samhällsmedborgarna, de anställda och de olika huvudmännen.



## 7. Teori

Vi har valt att illustrera ordet byråkrati utifrån Webers byråkratiteori, detta för att förstå vilka förutsättningar en organisation har att verka utifrån (Weber, 1983). Kritik mot denna har kommit eftersom kommunikationen i en sådan verksamhet kan bli trög och inte nå fram, vilket innebär att informationsvägarna i en hierarkiskt uppbyggd organisation, behöver finna nya vägar för att fungera (Hansen & Orban, 2002). I och med detta kommer vi in på att se organisationen som en rotmetafor där mikropolitik konstituerar en matris av beslutshändelser i organisationen (Carter & Jackson, 2002). Slutligen kopplar vi dessa tankegångar till symbolisk interaktionism och Goffmans rollteori för att knyta an till individen i organisationen (Goffman, 2000).

### 7.1 Byråkratiteori

Max Webers byråkratiteori innebär en utformning av lämpliga strukturer för rationalitet. Den byråkratiska organisationen är en hierarkisk organisation med vertikal arbetsfördelning. Han menar även att byråkratin gör det möjligt att undvika konflikter, känslöengagemang och korruption som kan vara ett hinder för effektivitet. Detta görs genom att anställningen grundas på utbildning, och organisationer ska skilja mellan individuella resurser samt att man vid konflikter mellan befattningshavare, bör återgå till skriftliga regler och rutiner om hur arbete och auktoritet ska fördelas (Hansen & Orban 2002). Weber menar att en definition av ordet auktoritet innebär, sannolikheten för att en order blir utförd av en viss grupp av människor. Att inneha auktoritet innebär inte för den skull att man innehar makt och inflytande över andra människor (Weber, 1983). Det centrala för teorin är varför enskilda individer handlar i enlighet med organisationens normer. Detta förklarar Weber genom begreppet legitimitet, med vilket han avser, att man har förtroende för någon och är villig att rätta sig efter dennes önskemål. Weber skiljer mellan tre former av legitimitet; traditionell, rationell och karismatisk (Hansen & Orban 2002).

- Traditionell legitimitet: *”Den etablerade föreställningen, att gamla traditioner är heliga och att de som enligt traditionen kallats att utöva auktoritet är legitima”* (Weber, 1983:146)

- Rationell legitimitet: ”*Föreställningen om den föreskrivna ordningens legalitet och om de personers rätt att utfärda anvisningar, som denna ordning kallats att utöva auktoritet*” (Weber, 1983:146).
- Karismatisk legitimitet: ”*Vördnad inför en persons exceptionella helighet eller heroism eller föredömliga egenskaper och inför den av denna uppenbarade eller skapade ordningen*” (Weber, 1983:146).

Vi ser kopplingar till den rationella legitimiteten, vilken innebär att man handlar enligt vissa normer, eftersom man uppfattar dem som rationella. Enligt Weber handlar man som organisationen önskar. Han betonar dock vikten av att fördela arbetet både vertikalt och horisontellt (Hansen & Orban 2002). Kommunens byråkrati kan förknippas både med att vara rationellt utformad och att inneha en rationell legitimitet (Moe, 1994). Utmärkande drag för detta är:

- Skrivna regler ligger till grund för hur uppgifterna organiseras (Moe, 1995).
- Arbetsdelning utifrån olika myndighetsområden (Moe, 1995).
- Hierarkisk organisering (Moe, 1995).
- Arbetet styrs genom regler, förordningar. För anställning krävs formell kompetens (Moe, 1995).
- Resurser och system åtskiljs från det privata (Moe, 1995).
- ”*Administrativa handlingar formuleras, förmedlas och arkiveras i skriftlig form*” (Moe, 1995:31).
- Den byråkratiska administrationen kan ses som den renaste formen av ett juridiskt maktsystem (Moe, 1995).

Grundläggande för individens arbete är att inga personliga värderingar får styra utan yrkesrollen ska vara strikt sakorienterad. Med detta kan man säga att man måste underkasta sig hierarkins och regelorienteringens kontroll och disciplin (Moe, 1995).

Kommunen är uppbyggd hierarkiskt med positioner som innefattar auktoritet och grundas på formell kompetens. Regler, normer och förordningar för verksamheten påverkar i sin tur de beslut som fattas, och förpliktigar de anställda att verkställa exempelvis delegeringar inom hemsjukvården (Weber, 1983). Både Hsl och Sol anger att klara och tydliga riktlinjer är av betydelse, för att en kvalitetssäkring av vård och omsorg ska kunna ske (Ädelboken, 1992).

*”Den renaste typen av legal auktoritetsutövning är den som sker med användande av byråkratisk administration. Endast organisationens ledare har sin auktoritetsställning på grund av att han tillägnat sig den, på grund av val eller på grund av att han designats som efterträdare. Men även hans maktbefogenheter består i legalt bestämda ”kompetenser”. Den totala förvaltningsstaben består i sin renaste typ av individuella tjänstemän (Weber, 1983:149)”.*

Detta kan överföras till de olika specialkompetenser som finns under olika befattningar i kommunen, exempelvis MAS, men även sjuksköterska och undersköterska som är direkt underställda Hsl när det gäller hemsjukvård.

## **7.2 Kritik mot Webers byråkratiteori**

En byråkratisk organisation som är uppbyggd och fungerar enligt Webers tankar, kan bli som en livlös och förstenad maskin där ett rutinartat system blir till ett självändamål. I en verksamhet som hemsjukvården, där patienten ska stå i fokus för de två olika huvudmännen, innebär en organisation i Webers anda, att det etiska bemötandet kommer i skymundan. Att uppfylla de lagar, regler och förordningar som finns inom Sol och Hsl kan bidra till att det blir revirstrider mellan huvudmännen på patientens bekostnad. De ekonomiska ramarna vilka är fattade genom politiska beslut, både centralt och regionalt, leder ofta till dragkamp mellan organisationerna, gällande ansvarsfördelning för att hålla sig inom sina givna budgetramar (Weber 1983-1987).

Detta präglas av ett målrationellt samhälle, som blir mer och mer effektivitetsinriktat, d.v.s. att människorna i ett mer och mer förnuftigt samhälle, upplever att de i allt mindre utsträckning har någon meningsfull inriktning i sina liv.

*”Det personligt grundade handlingsförnuftet förkvävs av det opersonliga systemförnuftet i det byråkratiska maskineriet” (Moe, 1995:39).*

### ***7.3 Organisationen som Rizhome***

För att kunna beskriva de underliggande strukturerna i en organisation, som kommunen, har vi valt att använda termen rizhome, vilken är en botanisk term och betecknar en viss sorts rot. Rhizomet har en stamrot som ligger under marken och producerar andra växtdelar och rötter (se bilaga 2). Från roten skapas det plantor, vilka kan ses som en överbyggnad, och i vår studie blir de olika plantorna, vård och omsorg, primärvård och landsting (region). Rötterna i sig speglar de underliggande och interna nätverk som ger uttryck för det vardagliga arbetet i organisationerna. Rhizom är också en bra beskrivning på hur organisationerna är uppbyggda och verkar, eftersom vi kan se att dessa sammanlänkas till nätverk som står i ett inbördes förhållande till varandra (Carter & Jackson, 2002. kap.12). Samverkan mellan organisationernas nätverk är ett exempel på hur metaforen Rhizom kan konkretiseras. Ett av de kännetecken som starkt kopplas till rhizomet, är att det kan vara oförutsägbart i vilka riktningar det fortskrider, vilket kan förklara hur olika konstellationer och interna nätverk skapas utifrån tidigare erfarenheter. Nuvarande nätverk, medarbetare emellan, präglas både av hur deras tidigare och nuvarande sociala relationer fungerar. Detta sätter med andra ord sina spår på hur samverkan mellan organisationerna fungerar både internt och externt (Carter & Jackson, 2002. kap.12). I och med detta resonemang kommer vi ner på individnivå, där interaktionen människor emellan, spelar en viktig roll för organisationens beteende och samverkan. Ett uppifrån styrande perspektiv i en organisation innebär ibland att man försöker avgränsa och bryta strukturer i organisationen för att man ska arbeta på nya sätt. Detta är enligt rhizom modellen inte möjligt eftersom om en nod bryts, så återuppstår den på nytt om än i en ny riktning. Ett organisationsbeteende kan inte förutbestämmas eller ändras bara för ändrandets skull.

### ***7.4 Symbolisk interaktionism***

Ett interaktionistiskt synsätt kan ses som sociala handlingar med ursprung i inblandade aktörers egna perspektiv, där aktören själv betonar betydelsen av sina egna handlingar. Historiskt sett kan kopplingar göras till Max Webers "handlingsteori". De interaktionsprocesser som äger rum mellan individer i samhället grundar sig på antaganden att den sociala organisationsformen styrs av yttre faktorer.

Enligt den symboliska interaktionismen bör man inte lägga så stor vikt vid dessa faktorer när, det gäller det sociala livet, utan i stället styrs det av individernas medvetna anpassning till de yttre faktorerna.

Symboliska interaktionister uppfattar samhället som en löst sammanfogad struktur som består av blandade grupper exempelvis organisationer, yrkesgrupper och politiska grupper osv. Samhället kommer därför att utgöras av ett samspel mellan dessa grupper, som i sin tur kommer att präglas av konkurrens om de maktbefogenheter, vilka styr den sociala kontrollen, organisationen och kommunikationen (Cuff & Payne, 1996). I ett interaktionistiskt perspektiv styrs delvis en kommuns verksamheter av politiskt fattade beslut, vilka speglar de yttre påverkansfaktorer vi tidigare har nämnt, uppifrån och ner. Enligt ett symbol interaktionistiskt synsätt skulle detta betyda att ett politiskt fattat beslut, tas emot och verkställs utifrån hur de anställda väljer att applicera dessa i sin verksamhet, nerifrån och upp. I vår kommun finns både ett centralt och ett lokalt samverkansavtal, vilket reglerar formerna för hur samverkan ska ske mellan kommun och landsting (region). Dessa avtal kan tappa sin ursprungliga innebörd, om anställda inom organisationen inte handlar enligt det symbolinteraktionistiska synsättet (Cuff & Payne, 1996).

### ***7.5 Erving Goffman***

Enligt Erving Goffman kan samhället ses som en teater där vi själva är aktörer och spelar olika roller i olika situationer. Här får rollen en betydelse för jaget eftersom vi måste göra oss trovärdiga för våra motspelare. Både de verbala och de ickeverbala medel, såsom att ord och kroppsspråk kommer till användning genom att vi bara framhäver det vi vill, av oss själva. Människan försöker att betona och lägga vikt vid det som man själv vill framhäva i sin roll, medan man medvetet försöker dölja den mindre attraktiva sidan ("impression management"). En konflikt kan uppstå mellan jaget och rollen. För att förstå effekten av detta spel måste det till en reflektion av beteendet i och utanför situationen.

Dagens moderna samhälle består av många organisationer och institutioner, exempelvis kommuner och landsting, där aktörer inte ensamma utformar sina roller, utan de strukturer som redan finns kan ses som mönster präglade av ritualer och rutiner. Som anställd inom en sådan organisation kan man få problem med att bestämma över sin egen identitet, eftersom man många gånger måste spela en påtvingad yrkesroll (Moe, 1995), (Goffman, 2000).

Verksamheter i kommuner och landsting styrs till stor del av de lagar, förordningar och regler som grundar sig i politiskt fattade beslut.

Då ramarna för respektive verksamhet är hårt styrda, förväntas de anställda anta en rollidentitet, vilket kan få konsekvenser för samverkan organisationerna emellan. Exempelvis förväntas man som anställd att agera utifrån normer, lagar och förordningar, vilka gäller för organisationens verksamhet, och i den uppkomna situationen kan det visa sig att det finns diskrepans till den konstruerade rollen.

*”Centralt i denna syn är systemets strävan att frigöra individen från det han eller hon representerat i samhället utanför institutionen (”stripping”). Syftet med detta är att skapa ett jag som kan styras och formas efter systemets krav” (Moe, 1995:127).*

Det kan vara svårigheter att i den konkreta situationen agera exakt så som det är sagt att man ska göra, och då måste man hitta en ny anpassad lösning för situationen. Varje situation och människa är unik i just den situationen, vilket agerandet måste spegla (Goffman, 2000). Ett synsätt som detta innebär en rak motsats till vad Weber diskuterar i sin byråkratiteori, där organisationen ska fungera rationellt i alla led. Den kritik vilken bland annat tagit upp organisationen som en rutinartad maskin, förstärks genom Goffmans resonemang eftersom man måste se till individen i sammanhanget för att förstå agerandet. En konflikt mellan rollen och jaget kan bli konsekvensen, om det är så att individen känner att den måste anamma en påtvingad roll, för att utföra sitt yrke, exempelvis att man agerar tvärs emot sina känslor i en situation, vilket kan innebära att utförandet inte slutar i ett bra resultat. Situationen kan pressa fram en yrkesidentitet där egentligen kanske ett annat jag finns bakom (Goffman, 2000). En viktig följdfråga kan ställas, är det, det vi vill vara som vi visar i rollspelet, eller är rollen påtvingad av andra? Troligtvis så är det en mix eftersom yrkesbefattningar ofta bestämmer hur agerandet i rollen ska ske, det är sällan som individer själva får bestämma hur de ska agera i sitt yrkesliv. Antagligen måste individen finna en nivå för acceptans inom sig själv, så att han eller hon finner en rimlighet i avståndet mellan det som krävs i yrkesrollen och den egna identiteten (Goffman, 2000). Kontentan av det hela kan sluta med att personen antingen stannar och accepterar rollen eller väljer att avstå. Detta resonemang framträder särskilt starkt, när man som i vårddyrket arbetar med människor där det är svårt att förutsäga vilka situationer man kommer att hamna i.

## **8. Metod**

### ***8.1 Metodval***

De metoder som används vid forskning kan vara av antingen kvalitativ eller kvantitativ art. Utmärkande drag för dessa båda är att den kvalitativa forskningen oftast baseras på ord vid insamling och analys av data medan den kvantitativa forskningen lägger tyngdpunkten på kvantifiering. Det grundläggande för den kvalitativa strategin är att den är induktiv, vilket betyder att den genererar teorier, har ett tolkande synsätt samt inriktar sig på konstruktionism. Den kvantitativa strategin är deduktiv vilket innebär att den prövar teorier, använder naturvetenskapliga modeller och inriktar sig på objektivism (Bryman, 2001).

De rapporter från Socialstyrelsen som vår studie baseras på grundar sig i kvantitativ forskning vilket kan få följden att man inte tar hänsyn till den sociala verklighet som vi människor lever i. Istället förlitar man sig på att resultaten speglas av kausalitet, generalisering och replikation. (Bryman, 2001) Uppsatsens syfte är att beskriva och problematisera anställdas egna erfarenheter och lyfta fram förslag till förändringar inom kommunal äldreomsorg/hemsjukvård i en kommun, har vi därför valt att göra en kvalitativ studie med en induktiv ansats. Detta för att öka förståelsen för den problematik som berör samverkan och kommunikation mellan kommun och landsting. Hur anställda inom kommunal äldre/hemsjukvård påverkas av detta samt vilken möjlighet de har att påverka sin egen situation.

### ***8.2 Design***

När det gäller designen av studien så har valet blivit att göra en fallstudie. Detta för att en fallstudie fokuserar på en viss situation, företeelse eller person. Fallet i sig blir viktigt då det åskådliggör något som är viktigt för företeelsen ifråga.

Den kan rikta uppmärksamheten mot hur de studerade människorna hanterar problem av olika slag utifrån ett helhetsperspektiv (Merriam, 1994). Den här studien har utgått ifrån problematik som liknar den inledande specifika händelse inom hemsjukvården som vi utgått ifrån, har fallstudien bidragit till att öka förståelsen för samverkan mellan kommun och landsting.

### **8.3 Urval**

Det urval av respondenter som gjordes grundades på ett bekvämlighetsurval. Ett sådant urval innebär att man väljer ut personer som finns tillgängliga för forskaren vid den aktuella tidpunkten (Bryman, 2001). De faktorer som påverkat val av respondenter är att personlig kännedom till dessa personer och yrkeskategorier funnits. Utgångspunkten för urvalet var att undersöka hur samverkan upplevs på olika nivåer i en och samma organisation. Urvalet resulterade i tre respondenter vilka kom ifrån olika yrkesnivåer inom hemsjukvården i den kommun undersökningen utfördes i.

### **8.4 Litteratursökning**

Litteratursökningen gjordes via LIBRIS med sökord som, hemsjukvård, organizations, sjukvård, myndigheter och byråkrati. I socialstyrelsens sökmotor användes sökordet hemsjukvård. I Google Scholar användes sökorden hemsjukvård, samverkan, offentlig sektor, sociology, sjukvård, byråkrati, kommunikation och styrning.

### **8.5 Semistrukturerade intervjuer**

Vallet att göra semistrukturerade intervjuer baserades på att tekniken kan ses som ett instrument för att få fram respondentens bild av verkligheten på ett djupare plan (Merriam, 1994). De semistrukturerade intervjuerna har utgått ifrån en intervjuguide som fungerat som stöd för intervjuaren. Intervjuerna kan ses som ett led i att lyfta fram hur anställda genom sin egen erfarenhet inom kommunal äldreomsorg/hemsjukvård i en kommun, anser att samverkan skulle kunna fungera på ett mer positivt sätt mellan kommun och landsting.

Inledningsvis togs kontakt med respondenterna via telefon, där syfte och mål med intervjun informerades. Bekräftelse där bestämd tid och plats meddelades, sändes därefter via mail. Två av intervjuerna hölls hemma hos en av oss, och den tredje intervjun hölls på respondentens arbetsplats.

Sammantaget gjordes tre intervjuer vilka omfattar totalt sex timmars inspelad intervju. Den upplevelse vi fick av intervjuerna var att de var djupgående och givande.



När det gällde den etiska aspekten var vi noga med att informera respondenterna om studiens syfte och användning, samt vilken grad av anonymitet som kunde garanteras. För att skydda våra respondenters identiteter anges varken namn eller yrkesbefattning (Kvale, 1997). Registrering av intervjuerna har skett genom användandet av en MP-3 spelare, vilket fungerade bra.

### ***8.6 Intervjuguide***

Den intervjuguide som använts innehåller en struktur på olika frågeteman vilka berör den problematik gällande samverkan som avses (Bryman, 2001). Intervjuguiden består av tre generellt inledande och en avslutande fråga, samt tre förutbestämda frågeteman som finns i bilaga 3. Den Ursprungliga idén för de teman som användes var att de skulle fungera som en språngbräda utifrån de negativa resultat som framkommit i Socialstyrelsens rapporter, för att kunna generera positiva tankar där man skulle kunna skönja eventuella lösningar på den problematik som samverkan innebär. Därför har ett axplock av resultat ifrån Socialstyrelsens rapporter med nationell anknytning legat till grund för att bygga upp dessa teman och frågeställningar (Kvale, 1997). De frågeteman som använts är:

#### *Tema 1- avvikelshantering*

Trots att det finns rutiner för avvikelshantering när det gäller sjukvårdande och medicinska insatser, råder det en stor osäkerhet bland personalen i många kommuner om detta.

#### *Tema 2- Effektiviseringar*

Huvudmännen (kommuner och landsting) har genom rationaliseringar, omorganisationer effektiviserat verksamheter där ibland ekonomin får företräde, före innehållet och kvaliteten i vården och omsorgen, och att detta kan äventyra en god och säker vård och omsorg för de äldre.

### *Tema 3– Ansvarsfördelning*

Ansvarsfördelning och helhetsperspektiv för patienten genom vårdkedjan. Av en granskning framkommer det att drygt en femtedel som lagts in på sjukhus lika gärna kunnat återgå till sin bostad (eller korttidsvård) för fortsatt vård istället för att läggas in på fortsatt sjukhusvård.

Tilläggas bör även att resonemangen och diskussionerna kring våra teman under intervjuens gång, har vidgats vilket har medfört att ytterligare idéer och tankar utifrån ett lokalt perspektiv kommit fram i studien, något som tas upp i resultat delen för att senare diskuterats och kopplats till våra teorier i diskussionen och analysen.

### **8.7 Bearbetning av data**

Vår strategi när det gäller den analys som gjorts av vårt transkriberade insamlade ljudmaterial, har varit att genom en grovt strukturerad innehållsanalys ta fram olika teman, som vi sedan återknyter till vår ursprungliga teorigenomgång. Att använda sig av innehållsanalys innebär att man på ett systematiskt sätt beskriver innehållet i ett kommunikativt budskap, vilket i vårt fall består av transkriptioner från intervjuer (Kvale, 1997). För att kunna särskilja de olika respondenternas svar och resonemang benämner vi dem som R1, R2, R3.

Utifrån syftet med studien som var att lyfta fram förslag till förändringar vad det gäller samverkan, återknöt vi resultatet till teoridelen i studien för att få en helhet i materialet. Kategorisering och koncentrerande av återkommande teman gjordes i tre omgångar, för att reducera all ovidkommande information (Merriam, 1994).

I den första behandlingen av materialet noterades och markerades återkommande teman. Kategoriseringar från de olika intervjuerna innebar att följande teman framkom: samverkan/ekonomi, information, rutiner, ansvar och tid.

Ytterligare en kategoriindelning gjordes av materialet, därigenom fördjupades analysen och följande teman togs fram: definition av samverkan, kommunikation, samverkan/avtal, ekonomi, idé, vårdplanering, utbildning/kommunikation, utbildning/kompetens, information/kompetens, rutiner/kommunikation, ansvar och tid. Även en tredje bearbetning av materialet gjordes där irrelevant data har tagits bort. Eftersom målet med studien varit att ta fram idéer i verksamheten integrerades idé-tanken i de olika teman som framkom för att även kunna belysa dessa.

Att vara påläst i sakämnet är av betydelse både inför intervjun, men också när man ska analysera och tolka det som framkommit, så att man kan avläsa eventuellt underliggande mönster (Kvale, 1997. kap. 11).

### ***8.8 Validitet och reliabilitet***

De traditionella positivistiska vetenskapliga begreppen inom den kvantitativa forskningen säger mer hur något är och passar därför inte in i den kvalitativa forskningen där man vill få en förståelse för företeelser istället för att uppnå kvantifierbara data. Begreppet trolighet ersätter inre validitet, alltså om resultatet mäter det man tänkt. På grund av detta passar trolighet och trovärdighet bättre in på den subjektivistiska världsbilden som begrepp. Att en studie är reliabel innebär att den är tillförlitlig och att man kan generalisera samt att samma resultat framkommit vid flera olika studier och tidpunkter (Wibeck, 2000).

De resultat som framkommit i denna studie har troligtvis präglats av vårt sätt att tolka och analysera materialet. Vetskapen om riskerna med vår egen påverkan vid intervjuerna och i analysprocessen, har resulterat i att vår medvetenhet höjts inför denna problematik. Ett sätt att minimera risken för påverkan har varit att vi båda närvarit vid intervjuerna och den som utfört intervjuerna var den av oss som har minst erfarenhet inom hemsjukvården. Vi är också medvetna om den problematik som finns när det gäller att tolka och beskriva andra människors tankar och idéer, så att inte vi som författare projicerar vår egen förförståelse i det som sägs (Nylén, 2005).

### ***8.9 Metodkritik och diskussion***

Konsekvensen av det bekvämlighetsurval som gjorts har inneburit att de resultat som framkommit inte kan generaliseras, eftersom de respondenter som ingår i studien inte kan ses som representativa för alla anställda inom den berörda kommunen.

Vi har i nuvarande studie intervjuat tre respondenter ifrån tre olika yrkeskategorier som har med hemsjukvården att göra. För studien har detta inneburit att de resultat som framkommit inte kan generaliseras eftersom de respondenter som ingår i studien inte kan ses som representativa för alla anställda inom den berörda kommunen. Nu i efterhand har vi förstått, att urvalet borde ha bestått av två respondenter ifrån varje yrkeskategori eller ett flertal respondenter ur en och samma yrkeskategori. På detta sätt hade vi kunnat uppnå ett bättre underlag för trovärdighet i studien.

Resultaten som framkommit kan dock fungera som en språngbräda för fortsatt forskning (Bryman, 2001). Valet av att intervjua tre olika yrkeskategorier har påverkat tolkandet och analyserandet av intervjuerna eftersom vi utlovat anonymitet. På grund av detta uppstod svårigheter att redovisa resultaten på ett bra sätt, då vi inte kan säga vem sagt vad. Detta påverkar studiens trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet negativt.

Valet av plats för intervjuerna grundade sig på dels att vi ville skapa en avslappnad atmosfär för både respondenter och intervjuare men även på det faktum att den dynamiska arbetsmiljön inom vården skulle innebära många avbrott och störande moment. Däremot kan vi inte bortse ifrån att detta påverkat våra respondenters svar. En anledning skulle kunna vara att miljön är ny och därför kan fokus på intervjun försvinna.

Problemet med att tolka transkriberad text har inneburit ett tidskrävande arbete, eftersom dessa texter speglar ett talspråk. Ett av de bekymmer vi har haft är att det finns många ofullständiga meningar uttalade. Här har vi sett vikten av att vi båda varit närvarande vid samtliga intervjuerna, så att man ändå har ett minne av samtalet och dess resonemang (Wibeck, 2000).

## 9. Resultat

Utifrån uppsatsens syfte att beskriva och problematisera anställdas egna erfarenheter och lyfta fram förslag till förändringar inom kommunal äldreomsorg/hemsjukvård i en kommun, redovisas nu här resultatet på ett deskriptivt sätt tillsammans med några citat plockade ur de transkriberade intervjuerna. De redovisade resonemang som följer är respondenternas egna reflektioner där citaten är menade att förtydliga dessa. Författarnas egna kommentarer och reflektioner kommer under rubrikerna diskussion och slutsats.

### 9.1 Samverkan

I det insamlade materialet framgår klart och tydligt att samverkan mellan kommunal hemsjukvård, primärvård och sjukhus har en stor förbättringspotential, då förståelse för varandras verksamheter och kompetenser saknas till viss del. Här menar en av respondenterna att man ska ha respekt och tillit för varandras positioner och kompetens, även om verksamheterna tillhör olika huvudmän. Organisationernas existens är inte ett självändamål, utan finns till för den enskilde individ som behöver den, med andra ord vårdtagaren blir inte sjuk för att personalen ska ha ett arbete. I vårdplaneringarna ställs detta på sin spets då alla de yrkeskategorier som berörs ska vara med och ta sitt ansvar för att den enskilde ska få det så bra som möjligt. Här gäller det att inte en revirgräns mellan ansvarstagandet byggs upp för att skjuta över ekonomiskt ansvar på varandra. Berörd kommun är av mindre storlek, vilket i viss mån påverkar upplevd närhet och personlig kännedom, detta präglar den lokala samverkan mellan kommunen och primärvården. För att uppnå en ökad förståelse för respektive organisationers arbetssätt och rutiner, hade ett förslag varit att hospitera i varandras verksamheter över organisationsgränserna.

*”Samverkan mellan primärvård och sjukhus... bygger på att lyssna in varandra och respektera att... varandras arbetssituationer och att vi är här för att vi ska göra den bästa vårdplaneringen och planeringen av vården för vårdtagaren. (R3)”*

Något som belyses är att i och med övergången av hemsjukvården till kommunalt ansvar, är att kommunen från början skatteväxlat verksamhetsområden i olika grad. Detta innebär att det i olika kommuner kan skilja sig åt hur hemsjukvården är organiserad.

Exempelvis nämns att i en kommun, blir man automatiskt hemsjukvårdspatient i och med inhavet av ett trygghetslarm, vilket ger möjlighet för vårdtagaren att få hjälp med medicinska åtgärder av en sjuksköterska på kvällar, nätter och helger. Enligt respondenterna blir man i aktuell kommun inte hemsjukvårdspatient med automatik, utan en särskild medicinsk bedömning krävs, detta innebär för vårdtagaren att han eller hon själv måste ringa eller ta sig till sjukhus på kvällar, nätter och helger.

*”Man får ju hoppas att patienten skulle veta det själv..., . . ., Om man har trygghetslarm, att man är tydlig, ..., att det är viktigt att de vet och att anhöriga vet att du har ett trygghetslarm enligt socialtjänstlagen och är inte det samma att du har hälso- och sjukvårdslarm så att det kommer en sjuksköterska, för du kan ju ha ett larm utan att vara hemsjukvårdspatient (R3)”.*

Den tydligaste beskrivningen av begreppet samverkan från våra respondenter är, att verka tillsammans för någon som behöver det.

*”Eftersom vi inte direkt har någon kontakt med landstinget. Indirekt kanske via sjuksköterskan, arbetsterapeuter, sjukgymnaster där har vi samverkan men inte någon direkt samverkan så att jag pratar med landstinget (R2)”.*

*”Samverkan mellan vårdtagarens läkare och kommunsköterskan. Samverkan där har ju mycket stor betydelse för det vardagliga vårdandet... i hemmet. På kommunnivå så att säga, då menar jag mellan Masen och Vårdcentralen. Där är en form av samverkan där. Sen är det samverkan mellan sjukhus och kommun där är det mycket ofta samverkan, varje dag faktiskt (R1)”.*

*”Att verka tillsammans för någon som behöver det, alltså om du sätter vårdtagaren i centrum o så finns vi då... För mig är det då samverkan att de olika intressenterna verkar tillsammans för att det ska bli det bästa utav, för den vårdtagaren. Man ska verka tillsammans för att det ska bli bra för tredje part (R3)”.*

## 9.2 Kommunikation

I samband med att respondenterna i intervjuerna diskuterade ordet samverkan, gled man i resonemanget över till att kommunikationen inte fungerade på ett tillfredställande sätt inom organisationen. Utifrån den aspekten ville man som personal poängtera vikten av delaktighet, förståelse, påverkansmöjlighet så att kommunikations- och informationskanalerna skulle kunna fungera inom organisationen.

*”Delaktigheten är oerhört betydelsefull. Att få känna delaktighet, och då kan det inte bara sluta vid områdescheferna, det går inte. Det är helt omöjligt. Uppföljning att man får en delaktighet i den ekonomiska uppföljningen, i de administrativa åtgärderna som ska ske och planeringen som ska ske och varför det ska ske. Av vilken anledning för att få en förståelse för de... Det är en process hela tiden och har man inte insyn i den processen så kan man heller inte delta och känna sig delaktig. Och sen tror jag också på demokratin. Att få känna att man har möjlighet att påverka sin arbets situation (R1)”*

*”Tidigare... att det togs beslut och man fick presenterat beslutet när det var taget. Och då ställde man sig frågan. Varför är detta beslut taget? Av vilken anledning ska det vara på detta viset? Och man hade ingen delaktighet. Och då var man heller inte med på tåget... det födde misstro, oro och rent ut sagt aggressivitet (R2)”*

Här är lösningarna och förslagen ännu inte så många ifrån våra respondenter, men man vet vad man vill ha, men inte riktigt fullt ut hur man ska få det. Det som framkommit är att en delaktighet är mycket betydelsefull för att få en förståelse och insyn i processen och därigenom kunna påverka sin arbetssituation. Att få göra sin röst hörd kan få individen att växa och ta det ansvar som krävs. I detta läggs även betoningen på att ha tid för reflektion i sitt arbete så att man får en helhet i det man gör.

*”Sen tycker jag också att det skulle finnas tid för reflektion. Där finns inte tid för reflektion. Tid för reflektion är A och O för hade vi haft möjlighet att... vad ska man säga, mer höja kompetensen på vårdpersonalen så blir det ju en god cirkel... Det är dessutom utvecklande (R1)”*

### **9.3 Samverkansavtal**

I kommunen som berörts finns samverkansavtal tecknade sedan 1998. Enligt en respondent reglerar avtalet att kommunen har ansvar för all hemsjukvård enligt Hsl, i särskilt boende och i eget boende upp till läkarnivå. Det reglerar även att det ska finnas samverkansgrupper på ledningsnivå, där man som olika huvudmän ska informera varandra om organisatoriska frågor som berör samverkan. Avtalet tar dels upp avsatt tid för läkarnärvaro till patienter på de olika boendena, och handledning för sjuksköterska i kommunen. En respondent säger att detta inte fungerar tillfredställande då den avsatta tiden till personalen tillfaller patienterna. Ett förslag på förändring för att få en bättre kvalitet och kompetens i sitt arbete är att personalen får det stöd och den handledning som var tänkt, så att man känner en trygghet i sina åtaganden.

### **9.4 Vårdplanering**

Enligt respondenterna tas en persons behov av vård och omsorg upp i en samordnad vårdplanering. I dessa samordnade vårdplaneringar är de yrkeskategorier närvarande som berörs och syftet är att göra det så bra som möjligt för vårdtagarna utifrån Hsl och Sol. I berörd kommun anser man själv att rutinen över lag för vårdplanering kan bli bättre. Oftast har alla klart för sig vilka åtaganden man ska fullfölja efter planeringen, men ibland fallerar det någonstans på vägen i utförandet. Doktors närvaro i vårdplaneringar är en del i det samarbete som sker mellan huvudmännen, samt avsatt tid för patientärenden och vid akuta konsultationer. Vad som framkommit i studien som förslag är att man efterfrågar en än mer omfattande och aktiv läkarnärvaro i olika situationer, för att stärka personal i sitt agerande gentemot patienterna och deras anhöriga.

*”Vårdplaneringar det har man dels när man byter vårdnivå, men man kan också ha en vårdplanering inom den egna organisationen, ... Ta dit doktorn och låt honom förklara för de anhöriga att nu är det dags, och så är det, och då har vi dom med oss också. Så jag tror att sånt är jätteviktigt... Det är en viss pondus ... säger han att nu är det så, så är det så. Hör jag som anhörig så kan jag fråga varför?... Det är han som ska förklara detta, det är inte sjuksköterskan som ska göra det. Alltså vi missar ofta det i samverkan att ha doktorn med när det är någonting, som vi ska vara så duktiga, vi kan svara och så står man där (R3)”.*



## 9.5 *Kompetens*

Det framkommer i studien att respondenterna vill att läkarens kompetens och ansvar ska användas mer i den dagliga vården. Detta kopplas till att den dagliga vården blir mer och mer avancerad, eftersom man på sjukhus i dag eftersträvar att korta ner behandlingstiderna. Detta för att man tidigare blir medicinskt färdigbehandlad. Följden blir att kommunen måste utöka vårdpersonalens kompetens så att den kan matcha de krav som ställs i de dagliga arbetsuppgifterna. Enligt respondenterna är det i dag så att sjuksköterskan har spetskompetens inom olika ansvarsområden, exempel är demens, diabetes, och rehabilitering, men man har delgivningsskyldighet till sina arbetskamrater så att de också är uppdaterade på området. Hos den övriga vårdpersonalen som består av undersköterskor och vårdbiträden, vilka träffar vårdtagarna dagligen, finns idag ingen uppgiftsspecialisering inom sitt arbete, utan alla ska kunna lite om allt. En sjuksköterska kan delegera enligt gällande delegationsordning till en undersköterska att exempelvis sätta en kateter på en patient. Förutsättningen för att ge en delegation, är att sjuksköterska först måste förvissa sig om att undersköterska har den kompetens som krävs och kan utföra denna uppgift. För att som undersköterska ta emot en delegation, känns det bättre om man regelbundet får utföra delegerade uppgifter, för att undvika osäkerhet i detta. För att matcha de ökade kompetenskraven som ställs i vården idag har några av respondenterna uttryckt att ett förslag skulle kunna vara att även låta personal längre ner i organisationen utveckla en spetskompetens, vilken även borde vara kopplad till ett personligt intresse för uppgiften.

*”Det måste vara grupper som är intresserade av... sitt, man måste veta vilket område. Nu jobbar alla med allt. Och då jobbar man med allt... Innan då hade vi alltså, då var vi tre stycken som hade hand om våra patienter... Nu är det så att jag saknar den biten. För det är så fruktansvärt för det funkar inte, så som vi jobbar idag... Min önskan skulle vara att vi var våra grupper igen. Specialiserade. Ja där satt den (R1)”.*

Ytterligare ett förslag till förändring är att införa ett kompetensutvecklingsprogram för vårdpersonalen närmast vårdtagaren, som innebär en möjlighet till utvecklandet av spetskompetens inom valt intresseområde. Här kan arbetsledaren i medarbetarsamtal få kännedom om var och ens intresse för verksamheten och en individuell utvecklings- och kompetensplan utarbetas. För att allt detta ska kunna införlivas måste en organisationsöversyn ske så att ett nytt helhetsgrepp kan utarbetas.

Kompetens är en färskvara som försvinner om man inte uppdaterar sig gentemot omvärlden, samtidigt som man som anställd måste få använda sig av den och konkret utföra den i sina arbetsuppgifter. Forskning och utveckling inom medicin och vård utvecklas precis som alla andra områden i samhället och därför behöver man lägga vikt på även detta område som idag är eftersatt.

*”Det stora problemet tycker jag är bristen på utbildning. För där är aldrig pengar till det. Och det tycker jag, då tror, upplever jag över lag att dom tror att kvaliteten stannar kvar på en viss nivå, men det är helt fel för kvaliteten sjunker den kan aldrig stanna kvar. Det är en negativ utveckling där (R1)”.*

### **9.6 Rutiner/Ansvar**

I vård och omsorg samt hemsjukvård finns det många olika rutiner som styrs av lagar och författningar, men dessa bör bearbetas av personalen ute i verksamheten för att det praktiska fungera. Ett viktigt exempel på rutin är avvikelshantering där man har ett system som innebär att personalen fyller i en blankett när något i rutinen brister exempelvis utebliven medicindos. Arbetsgången i avvikelshandlingen är att ansvarig sjuksköterska tar emot avvikelserapporten och dels återkopplar till berörd personal, samt vidarebefordrar denna till medicinskt ansvarig sjuksköterska en gång i kvartalet. Där sker en sammanställning som redovisas för socialnämnden och till all personal en gång per år. Här finns en risk i att flytta över ett så kallat åtgärdsansvar för avvikelserna, så att den snabba återkoppling som behövs för att eventuellt se över rutinen, kan dra ut på tiden. Detta kan betyda att åtgärderna för de felaktigheter som finns i rutinerna blir senarelagda. Orsaken till att avvikelshantering sker är att medicinhantering är ett stort ansvarsområde i det dagliga arbetet. Därför är det viktigt att personalen ute i verksamheterna själva upparbetar de rutiner som fungerar för detta ändamål. Vikten av detta kan poängteras då organisationen har mycket personal som cirkulerar i verksamheten och olika rutiner finns på olika avdelningar. Ett förslag som framkommit i våra intervjuer är att både insamlade, återkoppling och sammanställning av alla avvikelser ska ske ute på respektive enhet. På detta sätt kan rutinerna snabbare ses över och därmed minimera riskerna för fler incidenter. Arbetet på en vårdavdelning är inte statistiskt eftersom man arbetar med människor och därför krävs en aktiv följsamhet i rutinerna.

*”Själva rutinen som sådan kan förbättras. Den är ju ganska styrd i författningshandboken... Lägga ut än mer längre ut... men det är bara som jag funderar... att kanske de har avvikelserna själva ute på enheterna (R3)”.*

### **9.7 Resultatsammanfattning**

Något som framkommit i studien är ett uttryckt önskemål om en mer frekvent närvaro av läkare i den dagliga vården. Respondenterna menar att utvecklingen i samhället går mot att man på ett tidigare stadium, anses medicinskt färdigbehandlad från landstinget, vilket innebär att hemgåendet för patienten tidigareläggs. I och med detta ställs högre krav på de medicinska insatserna och personalens kunskap för vården i hemmet. Därför ser respondenterna att det behövs ett team i form av ett samarbete mellan de yrkeskategorier som krävs för situationen. Allt för att vårdtagaren ska vara i centrum och få så god vård och omsorg som möjligt. Tankegångar och visioner finns om att alla intressenter skulle lyda under samma huvudmannaskap så att vårdkedjan inte behövde brytas när det gäller hemsjukvård. På detta sätt skulle man också kunna undvika att vårdtagaren hamnar mellan stolarna.

*”Det var olyckligt att man bröt kedjan där, ... det är min personliga uppfattning därför att patienten var den som hamnade i gråzonen och föll mellan stolarna... Jag tror att det ska vara en samlad enhet som är antingen här eller där (R3).”*

*”Hemsjukvården är ju så pass mycket utbyggd idag så vården blir mer och mer avancerad på hemmaplan. Då kanske också nivån där det faller på läkare också skulle byggas ut åt hemmet? Ja, det vore det optimala. Det är min dröm (R1)”.*

## **10.Diskussion – analys**

Eftersom vi valt att undersöka samverkan mellan kommun och landsting på en lokal nivå, krävs det att vi klargör att det här gäller samverkan mellan två politiskt styrda huvudmän/organisationer. De har båda en hierarkiskt uppbyggd beslutsordning, som styrs av demokratiskt valda politiker, vilka har till uppgift att på ett tillförlitligt sätt besluta om och verkställa de tjänster som efterfrågas av medborgaren. I och med detta ställs krav på att individen aktivt agerar för samhället, och i förlängningen den tänkta kvaliteten för vård och omsorg. I övrigt styrs de olika verksamheterna av lagar och förordningar som fattats på regeringsnivå. Detta kan få till följd att anställda på lokal nivå har begränsade möjligheter att påverka beslut. Vår studie belyser en offentligt styrd verksamhet där ordet byråkrati har sin hemvist (Weber,1993). Vi vill poängtera att de idéer som har kommit fram i vår studie grundar sig på hur denna kommun fungerar. Med detta vill vi säga att varje kommun med dess anställda är unika, och därför måste också förslag till förändringar vara anpassade efter just deras behov. Vår uppfattning är att varje landsting (region) med tillhörande kommuner, idag försöker arbeta fram olika sätt att utveckla närsjukvården. Arbetet sker på lång sikt och utförs i olika utvecklingstakt, och därmed får också de olika samverkansavtal som finns, olika innebörd beroende på hur långt man kommit. På grund av detta blev det extra intressant att i en liten kommun, och genom en kvalitativ studie, mer på djupet analysera vad olika personer i olika befattningar, anser om hur de kan komma med förslag på idéer, samt hur de skulle kunna verkställa dessa i sin verksamhet.

### ***10.1 Samverkan***

I studiens resultat har vi sett att ordet samverkan och samverkansavtal till viss del har olika betydelser för vem som definierar det. Det visade sig även att ju längre ner i organisationshierarkin man befann sig, desto mindre betydelse fick ordet samverkan för det dagliga arbetet. Det verkar som att detta kan bero på att informationen om betydelsen av samverkan, brister när det gäller information och kommunikation i organisationen. Här har vi upptäckt att en tydlighet efterfrågas av respondenterna i organisationen. Samverkan kan innebära många olika konstellationer av yrkeskategorier beroende på situation, däribland över organisationens gränser. Ett exempel är vårdplanering där både kommun och landstingspersonal är berörda.

I resultatet redovisades förslaget att man som personal skulle kunna hospitera hos varandra över gränserna för att öka förståelsen för varandras kompetensområden. Denna idé för hur en bättre samverkan skulle kunna komma till stånd, påverkar båda organisationernas beslutsprocesser och agerande, och även dess regelverk, men frågan är om det är den byråkratiska stelbentheten, som sätter käppar i hjulet för att förverkliga dessa.

## ***10.2 Kommunikation***

I den här studien har det visat sig att informationsflödet mellan arbetsgivare och anställda endast kommit uppifrån och ned och att ett nedifrån och upp perspektiv inte existerar. Följden av detta kan bli ett utanförskap inom organisationen som medför att den enskildes röst inte kan göra sig hörd. På grund av detta har vi i vår tolkning av materialet kunnat urskilja en viss uppgivenhet hos några av respondenterna. Detta kan bero på den stelbenthet som en byråkratisk organisation står för, samt de konsekvenser detta får för kommunikations- och informationsflödena. Det rör sig om en hårt styrd verksamhet som hela tiden utgår ifrån de lagar och förordningar som finns, vilket blir ett bekymmer då man i organisationer som denna, arbetar med service gentemot människor. Vårdyrket präglas av dagliga mänskliga och emotionella möten, som trots att de ska hanteras på ett yrkesmässigt professionellt sätt, inte kan ses som några mekaniska maskiner, vilka handlar på rationella grunder. På grund av detta måste även den etiska aspekten tas med i handlandet av den personal som utför vården. I den aktuella kommunen är man väl medveten om denna problematik och försöker ta fram nya riktlinjer för hur man ska kommunicera inom organisationen. Ett exempel som studiens resultat tar upp är att ansvaret vad gäller avvikelshantering vid medicinhantering borde föras ut närmare verksamheten, för att få mer följsamma och effektiva rutiner. Även om rutinen till viss del är styrd från författningshandboken, så ser respondenten en möjlighet att man i det dagliga arbetet kan anpassa rutinen till den föränderliga verksamheten.

För de anställda inom organisationerna och dess underliggande strukturer drar vi paralleller till metaforen rhizom. De respondenter som ingått i studien har samtliga lång erfarenhet av arbete inom samma verksamhetsområde, men de har dessutom varit anställda hos båda huvudmännen. Detta har bidragit till att man har viss personlig kännedom om varandra i de olika organisationerna, vilket sätter sin präglar på de sociala relationer som nu existerar de olika yrkeskategorierna.

De gränsdragningar som görs kan påverkas utifrån detta resonemang eftersom den ursprungliga relation som arbetats fram, får betydelse för hur man i nuet samarbetar över gränserna, vilket kan vara både positivt och negativt. Detta eftersom alla som arbetar inom de båda organisationerna inte har någon tidigare upparbetad relation, utan själva ska skapa det kontaktnät som krävs, för att kunna för att kunna leva upp till organisationernas mål och intentioner. Här kan samarbetsprocessen påverkas av andras tidigare erfarenheter. Vilket i sin tur påverkar hur samarbetet fungerar eller inte. För att göra det mer komplext, är det svårt att förutsäga vilka inbördes förhållande som upparbetas mellan de olika positionerna i organisationerna. I förlängningen leder detta till att olika nätverk och konstellationer skapas, oavsett vad som förväntas ifrån ledningens sida. Relationerna kan få makt över beslutsfattandet och arbetsordningen. Här om någonstans befinner vi oss på en individnivå där interaktionen får en betydelse för hur organisationen fungerar utåt i verksamheten. Detta kan bidra till en kännedom och en djupare förståelse till ett ömsesidigt respektfullt bemötande av varandra. På så vis kan man minimera riskerna för revirgränser, vilket ger förutsättningar för att lösa problem som kan uppstå på ett tidigt stadium, detta är oerhört viktigt för alla som arbetar i organisationerna oavsett på vilken nivå man befinner sig på.

### ***10.3 Kompetens***

Den dagliga vården idag har blivit mer och mer avancerad vilket ställer högre krav på de anställdas kompetens för att klara de dagliga arbetsuppgifterna. Ett förslag som framkommit i studien är att det för övrig vårdpersonal införs möjlighet till uppgiftsspecialisering för att kunna matcha de krav som ställs. Respondenterna ansåg det vara viktigt att en specialisering bygger på ett personligt intresseval för uppgiften. Goffman och hans rollteori kan med fördel användas för att förtydliga betydelsen för den anställdes val, att vara med och påverka sitt val av arbetsuppgifter. Å ena sidan vill människan betona och lägga vikt vid det man själv vill framhäva i sin roll/anställning, detta representerar intresset och kunnandet för sin arbetsuppgift, i detta fall spetskompetensen. Å andra sidan vill man medvetet dölja den mindre attraktiva sidan, det som man är osäker på och känner tvekan inför, exempelvis att sällan utföra delegationer från en sjuksköterska. En konflikt kan då uppstå mellan jaget och rollen. Val av spetskompetens bör därför ske utifrån individens egna intresseområden och därmed den roll man vill förstärka. Detta skulle kunna öka chanserna att den del av rollen som representerar det man vill framhäva, blir mer dominerande.

Genom en möjlighet till specialisering inom sitt yrke, även för vårdbiträden och undersköterskor, skulle vårdyrket kunna bli mer attraktivt på arbetsmarknaden. En möjlighet till specialisering skulle kunna bidra till att den offentliga sektorn blir mer attraktiv som arbetsgivare samt locka till sig fler personer som vill utvecklas inom sitt yrke, vilket i förlängningen skulle kunna ge en bättre kvalitet i vården. Kvaliteten styrs ytterst av politiskt valda representanter vilket innebär att de anställda inom verksamheten måste kunna argumentera så att kompetensnivån inom kommunen stämmer överens med de ansvarsåtagande man har. Kostnader inom vård och omsorg samt hemsjukvård kan vara svåra att förutse, och därför krävs det att man kan göra konsekvensanalyser så att vården hamnar på rätt nivå. Vi kan inte bortse ifrån att de politiskt valda representanterna i sina beslut ska spegla medborgarnas samhällsintresse för vilken kvalitet som ska finnas. Därför måste medborgarna ta sitt ansvar och tala om hur de vill att det ska fungera.

#### ***10.4 Koppling till rapporter/forskning***

Studiens resultat visar gemensamma drag med både de resultat som framkommer i Socialstyrelsens rapporter och den samverkans problematik som Danermark & Kullberg tar upp i sin forskning. Exempelvis kan nämnas att i berörd kommun så har den interna kommunikationen inte fungerat tillfredställande. Om inte den interna kommunikationen och samverkan fungerar, så är det heller inte möjligt att ha en god samverkan och kommunikation externt. Nämnas kan också att i vårdplaneringar som sker över organisationsgränserna, där de olika huvudmännen är med och fattar beslut, om vilka behovsinsatser som behövs för den enskilde, kan uppstå en otydlighet i ansvarsfördelningen när det gäller att verkställa insatserna.

## **11.Slutsats och förslag till fortsatt forskning**

Det mest framträdande i studien är att den enskilde individen har betydelse för hur organisationernas olika organ verkar och agerar. Hur man identifierar sig och väljer roll inom sitt arbetsområde, samt hur man väljer att presentera den, och därmed agera utifrån den, verkar ha stor betydelse för hur organisationernas verksamhet fungerar. På detta sätt menar vi att man bör se på organisationen utifrån ett microperspektiv eftersom man inte kan bortse ifrån hur de anställda agerar i sin roll, även om organisationen är uppbyggd hierarkiskt. Vi har kunnat koppla materialet i vår studie till för oss relevanta teorier, vilket vi tycker bidrar till för läsaren en ökad förståelse för hur organisationerna och dess anställda, till viss del verkar och agerar. Även gentemot de rapporter och den forskning vi har tagit upp kan kopplingar göras. Vi tycker att vi uppnått syftet med studien då respondenterna utifrån sina egna erfarenheter kommit med förslag och idéer kring samverkan som rör hemsjukvården. När det gäller frågeställningen ”hur kan dessa tankar och idéer appliceras i den egna verksamheten på ett positivt sätt”? Så har vi inte fått några konkreta förslag på hur man praktiskt skulle kunna gå till väga för att förverkliga dessa. Vår förhoppning är att vi med våra intervjuer, påbörjat en tankeprocess hos respondenterna, som i förlängningen skulle kunna leda till ett mer konkret handlande rörande samverkansproblematiken.

Utifrån detta resonemang ser vi att vår studie skulle kunna användas som en förstudie till en mer fördjupad studie, där man med utgångspunkt i samverkansproblematiken skulle kunna undersöka vilka byråkratiska hinder det finns, samt hur man skulle kunna undanröja dessa. Olika sociologiska perspektiv, exempelvis den komplexitet som genomsyrar alla organisationer, kan användas som en grund för en sådan studie.

## **12.Efterord**

Slutligen vill vi tacka de personer som ställt upp som respondenter i den här studien. Vi vill även tacka vår handledare och övriga personer som ställt upp för oss under arbetes gång.



### 13.Referenser.

Bakka, Fivelsdal & Lindkvist (2001). *Organisationsteori*. Uppl. 4. Malmö: Daleke Grafiska AB

Bryman, Alan (2001). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB

Cuff, E.C. & Payne, G. C.F (1996). *Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Göteborg : bokförlaget korpen. Kap.4

Danermark, B & Kullberg, C (1999), *Samverkan Velfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: studentlitteratur

Ds 1989:27. *Ansvar för äldreomsorgen*

*En granskning av vårdkedjan för äldre i Göteborg år 2002. Vården till människorna istället för tvärtom? Artikelnr 2003-109-19*

Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/8259F4AC-4E8E-467C-9ED8-531044FD30D0/895/200310919.pdf>> 080208

*En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige. Borta bra men hemma bäst? Artikelnr 2005-109-23*

Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/FF2EBB23-D9AD-40D0-8018-3F2824CDFA24/4295/200510923.pdf>> 080208

Goffman, Erving (2000) *Jaget och maskerna*. Stockholm: Bokförlaget Prisma. Kap.4

Hansen, Lars H & Orban, Pal (red.) (2002). *Arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur

Hedin, Bernt (1992). *Ädelreformen med lagtexter. Framtidens äldre- och handikappomsorg*. Bohusläningens Boktryckeri AB.

Jackson, Norman & Carter, Pippa. (2002) *Organisationsbeteende I nytt perspektiv*. 1 uppl. Malmö: Liber ekonomi. Kap.12

Kvale, Steinar. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

*Lägesrapport 2001. Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Artikelnr 2001-103-7*  
Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/3AC60BA5-6684-4134-81CB-1254BBC67AE5/1685/20011037.pdf>>080208

Merriam, B Sharan. (1994) *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund : Studentlitteratur. Kap. 5

Moe, Sverre. (1995) *Sociologisk teori*. Lund : Studentlitteratur. Kap.6

Nylén, Ulrica. (2005) *Att presentera kvalitativa data*. Malmö: Daleke Grafiska AB

*Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (2005)*. Regeringens proposition 2005/06:115  
Tillgänglig: < <http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/06/65/ce333b06.pdf> > (2007-12-11).

*Rapport från en tematisk tillsyn av hemsjukvården i de fyra nordligaste länen. Patientsäkerhet och kvalitet i hemsjukvården. Artikelnr 2005-109-25*  
Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/CE841C98-5177-4CBD-87E0-156FA827A096/4301/200510925.pdf>>080208

*Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn inom Uppsala – Örebroregionen 2005. (2005) Vilka förutsättningar finns det att bedriva en hemsjukvård med god kvalitet? Artikelnr 2005-109-28*  
Tillgänglig: < <http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/312E3A8F-C184-4BF0-9CD7-F61EF4BD3B7D/4302/200510928.pdf> > (2007-12-11).

*Rhizome.*

Tillgänglig <<http://images.google.com/imgres?imgurl=http://www.bartleby.com/61/thumbnaill/s/A4rhizom&imgrefurl=http://www.bartleby.com/61/18/R0221800.html&h=74&w=75&sz=3&hl=sv&start=181&um=1&tbnid=H5e3KYnRYDNAXM:&tbnh=70&tbnw=71&prev=/images%3Fq%3Drhizom%26start%3D180%26ndsp%3D20%26svnum%3D10%26um%3D1%26hl%3Dsv%26rls%3Dcom.microsoft:sv:IE-SearchBox%26rlz%3D117SUNA%26sa%3DN>>  
20071215.

*Slutrapport. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Artikelnr 2005-103-4*  
Tillgänglig: <<http://www.socialstyrelsen.se/NR/ronlyres/E127CA88-F6FF-438D-9A71-2A5E9925DE24/3665/20051034.pdf>> 080208

SOU 2004:68. Sammanhållen hemvård. (2004) Betänkande från Äldrevårdsutredningen.

Svenska Kommunförbundet. (1992). *Ädelboken. Om kommunernas nya ansvar för boende och vård*. Svenska kommunförbundets förlag.

Weber, Max, (1983). *Ekonomi och samhälle del 1*. Lund: Argos

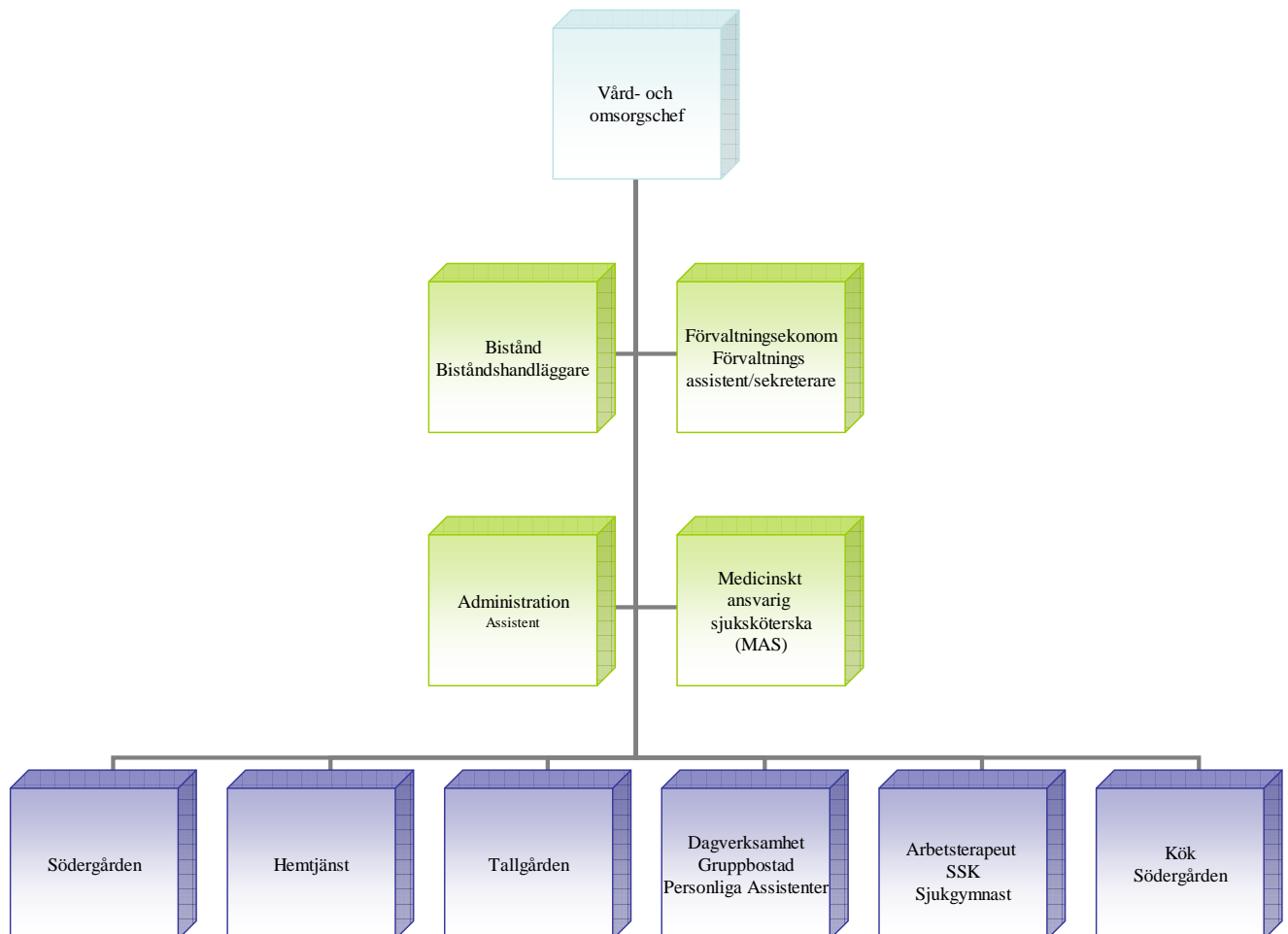
Weber, Max, (1985). *Ekonomi och samhälle del 2*. Lund: Argos

Weber, Max, (1987). *Ekonomi och samhälle del 3*. Lund: Argos

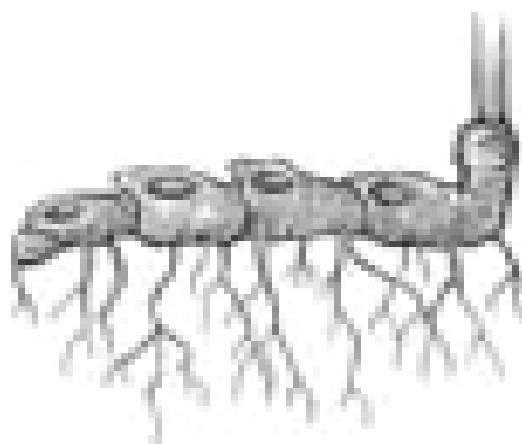
Wibeck, Victoria (2000). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur

## 14. Bilagor

### *Bilaga 1. Organisationsschema*



***Bilaga 2. Rhizome***



### ***Bilaga 3 Intervjuguide***

#### **Intervjumall**

Inledning: utsänd problemformulering ta även upp sekretess och syftet med informationsinsamlingen. Att informationen kommer att användas som ett lär tillfälle för vår C-uppsats och dess empiriska material.

Nu börjar vi med några inledande frågor av mer generell karaktär därefter kommer vi att ta upp olika temafrågor där det är öppet för diskussion. Frågorna kommer att ha sin bas i Socialstyrelsens rapporter där betoningen utgår från vissa negativa konsekvenser som framkommit där. På detta vis vill vi få fram positiva idéer och tankar om eventuella lösningar på dessa.

#### **Inledande frågor:**

\*Beskriv kortfattat din befattning i kommunen.

– ansvarsområden

(\*Mas; hur är hemsjukvården organiserad i kommunen?)

\*(Det har framkommit att ordet samverkan mellan kommun och landsting kan ha olika betydelser.) Vad betyder ordet samverkan för dig i din yrkesroll?

\*Finns det samverkansavtal med Landstinget i denna kommun?

Om ja, vad innebär det för dig i din befattning? (Vad innebär det för MAS?)

#### **TEMA 1 - avvikelshantering**

Trots att det finns rutiner för avvikelshantering när det gäller sjukvårdande och medicinska insatser, råder det en stor osäkerhet bland personalen i många kommuner om detta.

Fråga: Hur känner du att man skulle kunna avstyra detta problem?

Fråga: Tror du att det förekommer en bakomliggande rädsla från personalen att skriva en avvikelserapport?

Fråga: Har du någon idé om hur man kan få ut informationen angående hanteringen av avvikelser så att personalen upplever mindre osäkerhet?

Kan du ge exempel på en avvikelse?

Fråga: Finns det något hinder för att hantera avvikelser på ett bra sätt?

Fråga: Känner du att det finns någon brist i hur återföringen av avvikelserapporter hanteras?

Fråga: Finns det något sätt att förbättra denna hantering?

Fråga: Säger din erfarenhet att detta förekommer i denna kommun?

### **TEMA 2 – Effektiviseringar**

Huvudmännen (kommuner och landsting) har genom rationaliseringar, omorganisationer effektiviserat verksamheter där ibland ekonomin får företräde, före innehållet och kvaliteten i vården och omsorgen, och att detta kan äventyra en god och säker vård och omsorg för de äldre.

Fråga: Hur känner du att man skulle kunna förhindra att vård och omsorg försämras?

Fråga: Finns det något hinder för att hantera det på ett bra sätt?

Fråga: Hur påverkar detta verksamheten?

Fråga: Säger din erfarenhet att detta förekommer?

### **TEMA 3 – Ansvarsfördelning**

Ansvarsfördelning och helhetsperspektiv för patienten genom vårdkedjan. Av en granskning framkommer det att drygt en femtedel som lagts in på sjukhus lika gärna kunnat återgå till sin bostad (eller korttidsvård) för fortsatt vård istället för att läggas in på fortsatt sjukhusvård.

Fråga: Hur känner du att man skulle kunna avstyra detta problem?

Fråga: Finns det något som hindrar ett bra sätt att hantera detta på?

Fråga: Säger din erfarenhet att detta förekommer?

#### **Avslutande öppen fråga**

Är det något inom ditt verksamhetsområde som du känner har brister, och där du har tankegångar om hur det skulle kunna bli bättre när det gäller samverkansfrågor?