

# Närsjukvård

Samverkan mellan olika professioner  
i hemsjukvården

FoU Skåne  
Skriftserie 2010:5  
Margareta Rämgård

**Närsjukvård** – Samverkan mellan olika professioner i  
hemsjukvården

© Författaren och FoU Skåne

ISSN 1404-5419

ISBN 978-91-89661-43-1

**FÖRFATTARE;** Margareta Rämngård

**LAYOUT;** Lena Lindberg

**KOPIERINGSFÖRBUD**

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen.

Kopiering är förbjuden utöver vad som  
avtalats mellan upphovsrättsorganisationer  
och högskolor enligt avtalslicensen i 13 §  
upphovsrättslagen.

**TRYCKNING;** Bildcenter i Lund AB

# Innehåll

Förord.....	5
Författarens förord .....	7
1. Inledning .....	9
Begreppet närsjukvård .....	10
Begreppet närsjukvård i Skåne .....	12
2. Metodologiska utgångspunkter .....	15
Aktionsforskningen.....	15
Casemetoden .....	18
3. Närsjukvård i samverkan .....	21
Professionsforskning om konflikt och jurisdiktion .....	21
Professionella habitus påverkar samverkan i närsjukvården... ..	23
Professionernas positioner i närsjukvården.....	24
Rummets betydelse i omsorgen .....	28
Hur förbättra möjligheterna till samarbete? .....	31
4. Närsjukvårdens professionella relationik.....	33
Lagrummet.....	33
Professionella rum och platsers betydelse .....	34
Professionernas syn på situationen .....	35
Fall 1. Berör Anhörigproblematik.....	37
Fall 2. Gränssnittet .....	50
Fall 3 Social eller medicinsk problematik?.....	63
Fall 4. Omgivningen som problem .....	73
5. Slutdiskussion .....	81
Referenser .....	85



## Förord

Denna rapport, ”*Närsjukvård – samverkan mellan olika professioner i hemsjukvården*”, ligger till grund för de forskningsprojekt som biståndshandläggare, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal från vård och omsorg i Malmö stadsdelsförvaltning Centrum deltog i hösten 2009. Forskaren hade två syften; att studera biståndshandläggarnas och sjuksköterskornas föreställningar om sitt vardagliga arbete utifrån sina olika professioner samt hur detta kan relateras till övergripande målsättningar i organisationen. Dessa arbetstagare skulle mötas i ett aktionsinriktat forskningsprojekt för att utforma nya samverkansformer och på så sätt fördjupa, förbättra och förstå arbetsorganisation och arbetsinnehåll. Fallbeskrivningar låg som underlag för diskussioner i fokusgrupper där personalen dels skulle *reflektera* över hur de kan lösa problem, dels *lära sig* en metod, (casemetoden) för att strukturera problem som uppstår i planeringen runt omsorgen.

Medarbetare inom verksamheten blev inspirerade och tyckte att de lärde mycket genom metoden. Deras kommentar efter utvärdering av projektet var ”*Vi har haft tid och möjlighet att lära känna varandra bättre, tid för att diskutera och reflektera över vårt agerande i det dagliga arbetet vilket gynnar det lokala teamarbetet framöver. Vi har på ett bra systematiskt sätt en genomgång på vem som har ansvar för vilken uppgift och hur vi utifrån våra professioner kan hjälpa invånarna på bästa sätt*”.

Inför 2010 beslöt organisationen att arbeta med det övergripande målet att utveckla team och samarbete mellan verksamheter för att skapa en helhetssyn kring vårdtagaren. Våren 2010 genomfördes en fokusgrupp som gav en ögonblicksbild på hur medarbetarna uppfattar hur teamarbetet var och gav ett utgångsläge på vad medarbetarna ansåg behövde förbättras inom teamen. I det fortsatta implementeringsarbetet vill vi framföra ett stort tack till forskningsledaren Margareta Rämgård och verksamhetsledare Annica

Forsgren, som genomfört caseutbildning för resterande medarbetare inom organisationen.

Det är med andra ord så att detta forskningsprojekt har varit ett stöd som bidragit till att vidareutveckla teamarbetet inom vård och omsorg på ett strukturerat sätt och hjälpt oss med implementeringen. Vi hoppas att denna rapport ska inspirera fler att pröva.

*November 2010*

*Renée Ekcrona*

*Vård och omsorgschef*

*i Centrum stadsdelsförvaltning, Malmö*

# Författarens förord

Den här rapporten är den första 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.

Rapporten tar utgångspunkt i den kommunala verksamheten och vårdteam som består av biståndshandläggare, distriktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Syftet med rapporten är att genom aktionsforskning bidra till en kunskapsöverföring som skapar förutsättningar för bättre relationer mellan olika professioner i närsjukvården. Avsikten är att stärka samspelet i hela det kommunala teamet, så att det förbättrar vården för den enskilde vårdtagaren, oavsett personalens professionstillhörighet.

*Författaren: Fil. Dr Margareta Rämgård*





# 1. Inledning

I samband med mina tidigare forskningsprojekt inom äldreomsorgen har jag kommit i kontakt med olika personalgrupper som påtalat att de har svårt att förstå varandras arbete i hemsjukvården. Socionomer berättar hur de upplever att samtal om människors vårdbehov allt för ofta utgår ifrån medicinska faktorer. Distriktsköterskor, å andra sidan, anförtror mig att de inte alltid förstår sociallagens intentioner och social problematik i kommunen.

I min egen forskning har jag många gånger befunnit mig i en gråzon. Å ena sidan, har jag som samhällsvetare, med en bakgrund som sjuksköterska och barnmorska, ofta beskrivit vikten av social omsorg i mina resultat i studier om äldreomsorg. Å andra sidan, har jag också sett hur det finns *förgivettagna föreställningar* om sjukvårdspersonalens praktiker som inte överensstämmer med mina empiriska erfarenheter.

Är då vår professionella skolning sådan att den bidrar till att försvåra samarbetet mellan de individer som ska samverka runt en enskild människa som behöver vård och omsorg? Inom närsjukvårdens organisation tycks det finnas en sorts förgivettagen bild av hur olika yrkesfunktioner ser på sig själva och på varandra. Många gånger fungerar det dagliga arbetet alldeles utmärkt, men ett ökat antal inblandade aktörer, och en allt mer vårdkrävande och multisjuk befolkning, gör knappast tillvaron enklare för personalen.

I personalens dagliga arbete lämnas inte mycket tid till reflektion och dialog. Ändå utmärks ett demokratiskt samhälle av att det är genom dialog som människor ska försöka att förstå varandras olika utgångspunkter. I mötet människor emellan kan individen se sig själv i den andre, öka förståelsen, och sedan komma fram till hur de ska handla. För vårdpersonal innebär det även att känna igen sin utsatthet och sin förtvivlan när de inte hittar lösningar

som känns tillfredställande. För visst är det så att vi alla vill att människor vi vårdar ska vara välmående och ha en god hälsa, och vi lider med dem när inte omsorgen och omvårdnaden fungerar.

Aktionsforskning syftar till att genom en demokratisk dialog försöka förstå varandras världar, för att på så vis lägga grunden för ett mer socialt hållbart samhälle. Det innebär att forskningen verkar för de människor som är mest utsatta, och som inte alltid kan eller ges utrymme till att föra sin egen talan. Forskningen tar utgångspunkt i att alla grupper ska inkluderas i den lokala demokratin, det vill säga i det nära samhället som präglar vårt vardagsliv. Genom att skapa förståelse för varandra bidrar forskningen till det som är själva fundamentet i en demokrati – den solidariska omtanken om andra människor.

Rapporten kan intressera forskare och praktiker som är intresserade av aktionsforskning och professionsforskning i närsjukvården. Rapporten har följande innehåll: i kapitel 1 ges en allmänt redovisande diskussion runt närsjukvården som begrepp. Kapitel 2 redovisar metodologiska utgångspunkter och studiens upplägg. I kapitel 3 beskrivs en teoretisk ram till olika professioners handlande. I kapitel 4 presenteras det empiriska resultatet i relation till fyra olika fallbeskrivningar. I slutet av varje fall presenteras en syntes mellan den teoretiska ramen och den empiriska framställningen. En kort diskussion om resultatet förs sedan i kapitel 5.

## ***Begreppet närsjukvård***

Socialstyrelsens tidiga uppföljning av Ädelreformen visade att det fanns behov av att förbättra samverkan mellan olika instanser, både vad gäller den kommunala hemsjukvården och de medicinska insatserna. Detta resulterar i att riksdagen år 2000 antar en specifik *handlingsplan*, för att uppnå bättre samverkan mellan svenska kommuner, landsting, och statliga centrala myndigheter. En omfattande omorganisering av förhållandet mellan den kommunala hemsjukvården, primärvård och slutenvård har sedan resulterat

i att fokus lagts på en samverkansform som benämns ”närsjukvård”.

Vad menar vi då med begreppet närsjukvård? I dag finns inte någon bestämd definition av begreppet, vilket har medfört att dess innebörd har definierats och beslutats lokalt. Bland annat har det funnits lokala diskussioner om att skilja mellan ”närvård” och ”närsjukvård”, där närvård framhåller hälsa och förebyggande hälsoarbete i högre utsträckning (Scholten 2008, Socialstyrelsen 2009).

Socialstyrelsen (2009) konstaterar att, trots spridningen i lokala tolkningar av närsjukvårdsbegreppet, en generell definition är att närsjukvården avser att förbättra samverkansformer mellan tre olika vårdaktörer: kommunal hälso- och sjukvård, landstingets/regionens primärvård, samt den specialiserade sjukhusknutna vården.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2006) beskriver närsjukvårdsbegreppet som *funktionellt*. I det avses att nätverk mellan olika aktörer uppmuntras, och att resurser mellan olika funktioner ska kopplas ihop. Edgren & Stenberg (2006) pekar på att närsjukvården ska förstås i ett systemtänkande, där systemet kan ses som en relation med öppna gränser mot omvärlden. Det innebär att de olika funktionerna inom systemet måste anpassas till skiftande situationer i omvärlden, vilket fodrar *goda relationer* mellan olika aktörer.

De definitioner som ges till begreppet närsjukvård har inte endast en språklig betydelse. Exempelvis fokuserar begreppet närvård mer på de *förebyggande* insatserna och att främja hälsan i primärvården, medan närsjukvård sätter större fokus på sjukvård och de medicinska insatserna. Forskning har påvisat att sådana skillnader i uppfattningar även påverkar implementeringen i verksamheten. Gemensam förståelse runt nya begrepp är nödvändig för att förbättra kommunikationen och kunna åstadkomma förändringar i hälso- och sjukvårdssystem (Little & Jordens m.fl. 2003; Gillispie & Florin m.fl. 2004; Petterson 2009).

## ***Begreppet närsjukvård i Skåne***

I avrapporteringen av projektet *Skånsk livskraft* konstaterar författarna att vården i Skåne är kvar i ett modernistiskt industriellt tänkande, och därför bör sträva efter att utveckla nya koncept. De skriver också att tidigare hinder och restriktioner – som platser, tid, förflyttningar, aktörer och samarbeten – inte längre är lika styrande, på grund av den kompetensutveckling som skett i systemet som helhet, och bland dess medarbetare.

Petterson & Springett m.fl. (2009) berör i en studie hur begreppet närsjukvård uppfattas av praktiker, politiker och tjänstemän i Skåne. Resultatet visar att *samarbetet mellan vårdgivare*, samt *tillgänglighet till vården*, är det som anses karaktärisera begreppet närsjukvård. De respondenter som svarat på enkäten är överens om att detta kräver kontinuitet i mötet mellan vårdtagare och vårdgivare. Detta fordrar en utveckling av hemsjukvården generellt.

Det policydokument som låg till grund för projektet *Skånsk livskraft* pekar ut vad som ska *skapa tillit* mellan befolkningen och närsjukvården i regionen.

- *Tillgänglighet* (till personer med rätt kompetens inom rimlig tid)
- *Kontinuitet* (att möta samma personer)
- *Helhet* (att sättas in i ett sammanhang)
- *Trygghet* (att bli bekräftad och möta rätt kompetens)

Människor som själva är i stånd att söka vård ska utifrån den nya lagstiftningen i första hand vända sig till primärvården, enligt det som kallas tröskelprincipen. Parallellt med detta blir allt fler svårt multisjuka kvarboende i eget hem<sup>1</sup>. Hemsjukvården kommer där-

---

<sup>1</sup> Riktlinjer som har till avsikt att förstärka gränsen mellan egenvård och hemsjukvård i kommunerna (Riktlinjer för Kommunförbundet Skåne och Region Skåne 2009).

för i högre utsträckning än tidigare vara medicinskt såväl som socialt krävande för personalen, samtidigt som det är tänkt att allt fler aktörer ska samarbeta runt den enskilde medborgaren. Dessa ändringar i förutsättningarna för hemsjukvård fodrar både ökad tillit och väl fungerande kommunikation mellan många olika personalgrupper.

Internationell forskning har påpekat att barriärer mellan olika aktörer tenderar att blockera samarbetet i den sociala omsorgen (North 1995; Fowler & Hannigan m.fl. 2000). Förutom kompetensutveckling är tillit mellan olika aktörer en förutsättning för att genomförandet av närsjukvård ska lyckas (Lind 2006). För att minska barriärer som skapas genom konkurrens om resurser och interna maktstrider är det viktigt att individer i organisationen är trygga i sin egen roll, men även i relation till annan expertis och professionella grupper (Hennerman 1995). Tillit visade sig även vara en viktig aspekt för de tjänstemän och praktiker som har arbetat med att genomföra en ny organisation runt närsjukvård i Region Skåne. Scholtens (2008) närsjukvårdsstudie visar att de som arbetade med att genomföra den nya organisationen saknade en stödjande struktur, som kunde skapa tillit mellan de olika aktörer som ska samarbeta i närsjukvården.

Närsjukvårdens personal är uppdelade i olika professionella funktioner, utifrån en allt mer utpräglad specialisering i samhället. Forskning om hälso- och sjukvårdens professioner har påtalat hur specialiseringen leder till större skillnader mellan personalen som utför de specialiserade uppgifterna, och de som är ansvariga för den mer patientnära omsorgen (Socialstyrelsen 2009). I utvärderingen av Sveriges hälso- och sjukvård 2009, konstaterar Socialstyrelsen att den ökade specialiseringen visserligen bidrar till utveckling och kunskap inom specifika områden, men samtidigt ökar revirtänkandet och fragmentering av olika verksamheter. Liknande resultat syns i Michaelis studie om närsjukvård i Skåne (2006).

Socialstyrelsen påpekar att det är viktigt att utveckla tvärprofessionella samarbeten, samt omfördela roller och arbetsuppgifter.

Myndigheten understryker dessutom att beskrivningar för de olika professionerna inte alltid är ändamålsenliga, då mycket arbete utförs i en gråzon, där distinkta gränser mellan olika arbetsuppgifter är svåra att sätta. Tvärprofessionella samarbeten handlar om möten mellan olika professioner, där relationen dem emellan är det som skapar förutsättningar för att arbetsuppgifter kan lösas på bästa sätt.

I den här rapporten kommer vi att se hur reflekterande samtal mellan olika professioner bidrar till att förbättra samverkan i vården.

## 2. Metodologiska utgångspunkter

En förfrågan skickades ut till samtliga skånska kommuner om att delta i projektet. Syftet var att etablera aktionsforskning, och använda *casemetoden* för att förbättra samarbetet mellan olika yrkesgrupper inom den kommunala hemsjukvården i närsjukvårdens organisation. En MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) deltog även i projektet, eftersom hon är väl insatt i de olika lagstiftningar som reglerar hemsjukvården.

Projektledaren kontaktade de intresserade kommunerna för att diskutera upplägget och syftet med studien. Det framkom att flera kommuner var intresserade av att hela teamet, det vill säga distriktssköterskor, biståndshandläggare samt rehabiliteringspersonal (sjukgymnaster, arbetsterapeuter), skulle delta i studien. Detta medförde att projektet begränsades till tre kommuner. Projektet avgränsades även geografiskt till södra delen av Skåne. De tre kommuner som deltagit i projektet är Lomma, Ystad, samt Malmö. Det som förenar dessa kommuner är att de arbetar med kommunala team i omsorgen i hemsjukvården. Syftet med teamen är bland annat att få ett bättre samarbete mellan olika professioner.

### ***Aktionsforskningen***

För att bidra till en förbättrad vård i praktiken för personalen i hemsjukvården är det viktigt att forskningsaktiviteter är praktiknära, så att de kan användas i stödjande syfte (Winter & Giddens 2001). Målet är att aktionsforskningen ska bidra till att ge deltagarna en ökad tillit till sig själva och till sina samarbetspartners, så att de bättre löser problem som uppstår i en enskild vårdssituation.

Aktionsforskning är en handlingsinriktad forskning. Den använder kunskapsutvecklingen som uppstår ur människors samspel i en grupp, där de olika deltagarna deltar på lika villkor. Reflektionen baseras på deras praktiska erfarenhet från arbetsplatsen. Det funktionalistiska angreppssättet däremot, förespråkar att kvalitet i vården skapas genom att kunskapen läggs ut på olika specialister och utvärderingsexperter (Dychawy-Rosner 2007).

Aktionsforskningens förändringar sker i ett lokalt sammanhang, där närhet och delaktighet är förutsättningar för att ett projekt ska lyckas. Forskarens roll i projektet är att vara nära, men inte direkt involverad i den process som pågår i gruppen, och utan att ha en alltför planerad forskningsdesign. Det är gruppen som själva ska arbeta sig fram till olika lösningar. I projektet har forskaren fungerat som en person som sammanfattat och analyserat resultaten i gruppen, samt lyft fram meningsskiljaktigheter mellan de olika professionerna.

### **De reflekterande samtalen i fokusgruppen**

Fokusgrupperna med de olika professionerna har också inneburit ett processlärande för deltagarna. Det handlar om att lära utifrån sina egna erfarenheter, ett så kallat *erfarenhetslärande*. Vi lär hela tiden, i allt vad vi gör i våra praktiska handlingar. Lärandet går så att säga inte att undvika, utan det är en del av själva handlingen.

Döös (2007) relaterar till Piaget (1974) och socialkonstruktivister, såsom Burr (1995), när hon beskriver hur människor skapar ett sorts kunnande i form av *tankenätverk* och *meningssammanhang*. Tankenätverk är något som individer bär med sig av erfarenheter, och som ligger till grund för hur de ser på olika situationer och sociala samspel (Döös 2009).

Som vi kommer att se i teoriavsnittet, har inte enbart individen, utan hela yrkesgrupper med sig tankenätverk utifrån deras utbildning. Dessa tankestrukturer kan förändras genom olika händelser, eller situationer. Nya erfarenheter kan ändra våra tankar och känslor inför en situation. Ny kunskap uppstår därför i det praktiska



handlandet, och är på så vis lokalt anpassad till olika sammanhang och situationer, i olika platser och händelser.

På verksamhetsnivå kan kompetensen i att möta svårigheter och hantera komplexa situationer på ett nyanserat och verklighetsanpassat vis höjas, genom att den erfarenhetsbaserade kunskapen kommuniceras mellan verksamheter av liknande typ och på samma nivå (horisontellt kunskapsbyggande). Därmed kan den bli grund till gemensamma reflektioner och fungera som ett stöd i utvecklingsarbete. För att kunskapen ska behålla sitt värde i att utveckla holistiskt problemlösande är det dock avgörande att handlingen fortsatt kan relateras till sin specifika kontext och sitt lokala sammanhang (en så kallad lokal kunskap). Det är därför viktigt att personalens lärande kan ske utifrån deras egen praktiska verklighet.

När en ny erfarenhet inte bekräftar tidigare förståelse hos den enskilde individen, uppstår en sorts tankekonflikt, det vill säga de nya kunskaperna stämmer inte överens med tidigare erfarenheter. Den enskilde kan då välja att bortse från den obalansen och gå vidare, eller hon kan arbeta sig igenom den processen mot nya insikter (Döös 2004). Detta är en situation som är hotfull för många individer på ett personligt plan. Om den dessutom medför ett hot mot en position eller professionell roll, förstärks hotbilden. Det är i dessa situationer som aktionsforskarens uppgift är att arbeta med att stärka tilliten i gruppen, på ett sådant sätt att de enskilda individerna går vidare i sitt erfarenhetslärande. Detta sker i den reflekterande dialogen. Ett försök till avbrott vid fel ögonblick, eller störande moment som inträder i rummet, påverkar flödet i dialogen negativt.

Även här har forskaren en viktig uppgift, eftersom det förutsätter att samtalen håller en balans mellan strukturen (i detta fall *casemetoden*), det fria flödet, och rytmen i gruppens dialog. Forskaren kan bidra till att underlätta och fördjupa dessa processer. Det förutsätter en tillit i gruppen (se också Karlsson 2008), och till experter, forskare och övriga medverkande på ett personligt plan.

Deltagarna i fokusgrupperna har utvecklat en djupare förståelse för vårdsituationen, som de integrerat både emotionellt och kognitivt, hos sig själva och i gruppen som helhet. Teamen har själva löst problemet; instruktioner och lösningar har inte kommit från någon chef eller överordnad i organisationen. Deltagarna har med andra ord inte lärt sig färdiga recept (reproduktion, procedurlärande), utan istället fått tillfälle att utveckla ett mer reflekterande och problemlösande förhållningssätt.

## **Casemetoden**

I projektet har fokusgruppen använt sig av reflekterande samtal i grupp, utifrån olika *case* (fall) från sina hemkommuner. Frågorna i fallet har konstruerats så att en individs förgivettagande sätts i obalans. Teamen från respektive kommun har kommit med ett problem från sin vardag som är av allmängiltig karaktär, det vill säga representerar något som de ofta har problem med i sitt arbete i närsjukvården. Casen berör helt eller delvis samarbetet mellan regionen och den kommunala hemsjukvården. De kommunala teamen ger här uttryck för *sin bild* av en situation.

Ett syfte med närsjukvårdsprojektets första rapport har varit att belysa närsjukvården utifrån den personal som befinner sig närmast brukarna i vårdkedjan, det vill säga den kommunala hemsjukvården. På så sätt följer projektet aktionsforskningens intentioner med ett *bottom-up* perspektiv.

Personalen har träffats sex eftermiddagar under vintern 2009/2010. Respektive kommun har först delgett de andra deltagarna i fokusgruppen ett autentiskt *case/fall* i storgrupp. Det innebär att de utgått från en specifik händelse eller situation som innehåller ett dilemma. De har diskuterat hur kommunen försökt lösa problemet i fallet, och presenterat en problemfrågeställning som de vill diskutera. Fallen har berört *problematik med anhöriga, tröskelprincipens riktlinjer*, och *förhållningssätt mellan social och medicinsk problematik*.

De kommunala teamen har sedan delats i tre tvärkommunala grupper utifrån professionstillhörighet: (rehabiliteringspersonal, distriktssköterskor och biståndshandläggare). Dessa har sedan diskuterat fallet utifrån *casemetoden*. Den metod som använts i projektet har följt följande struktur:

1. Vilka fakta har vi – vad vet vi om fallet?
2. Känslomässiga argument inför problemet
3. Vilka problem kräver omedelbar åtgärd?
4. Strukturella problem som inte kan lösas av gruppen
5. Kända och troliga förklaringar till att problemet uppstått
6. Förslag på åtgärder och förändringar

Metodens struktur utgår från deltagarnas egna erfarenheter och sätter därmed erfarenheterna i centrum för en lärandeprocess. Den tar upp kognitiva såväl som emotionella sidor av lärandet och tar utgångspunkt i pedagogiska teorier om caseundervisning (Barnes & Christensen 1994; Lundeberg & Lewin m.fl. 1999). Efter att personalen diskuterat fallet i sina egna professionsgrupper, återamlas de i ett dialogforum. Tyngdpunkten i projektet är således förlagd till detta skede, men *läroprocessen hos den enskilde börjar tidigare, och dialogforumet utmynnar snarare i en fördjupad reflektion*. De olika professionella grupperna har återgett sin syn på fallet, vad som är problemet, och hur det borde åtgärdas. De har därefter i en reflekterande dialog försökt förena sina olika åsikter i en gemensam strategi, över kommun- och professionsgränser.

De strukturella problemen som deltagarna inte själva kunnat lösa på arbetsplatsen har sedan överförs till en annan fokusgrupp. Den gruppen består av socialchefer från deltagande kommuner, forskningschefen på Region Skåne, handläggare för vård och omsorg på Kommunförbundet Skåne, samt företrädare för utbildningen på Malmö högskola. Gruppen har fungerat som en sorts *referensgrupp*, som träffats två gånger under projektet. Personalen i fokusgruppen samlade upp sina synpunkter i samband med ett fall, och forskaren förmedlade dessa vidare. Dialogen fördes sedan till-

baka till personalen, så att de fick veta vilka förändringar som planerades inför framtiden.

Samtliga samtal från fokusgrupperna har spelats in på band och skrivits ut. Dessa har sedan tematiserats i tre olika övergripande teman, som berör restriktioner i kommunikationen mellan olika professionsgrupper i närsjukvården. För att se hur aktionsforskningsprocessen kan bidra till att överbrygga dessa hinder, har sedan en speciell analys utförts av varje fall, för att komma fram till hur gruppen löst problemet i en reflekterande dialog, över kommun- och professionsgränser.

### 3. Närsjukvård i samverkan

Varje arbetsplats har unika processer mellan människor som bär upp arbetsplatsens kunskande och kompetens, och dessa processer pågår som relationer mellan olika människor (Dixon 1994). Döös (2004, s.78) förklarar detta med att använda begreppet *relationik*, ett sammanhang av relationella processer som utvecklar och bär upp människor i deras arbete. Relationer förändras över tid och kräver kontinuitet, igenkännande och förståelse för varandras livsvärldar. I en relation bryts olika föreställningar om varandra, och i mötet rekonstrueras en annan verklighetsbild av den ”andre”.

I den kommunala hemsjukvården arbetar personalen ofta i olika team som innehåller olika yrkesprofessioner. Distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och biståndshandläggare ska gemensamt genom sina olika kompetensområden hjälpa den enskilde. De kommunala teamen samarbetar även med regionens personal på sjukhuset och vårdcentraler. Denna relationik är komplex, eftersom samarbetet pågår över geografiska och institutionella gränser.

#### ***Professionsforskning om konflikt och jurisdiktion***

Profession är centralt både som begrepp och företeelse för att förstå den samhällsdynamik som föreligger på organisations- och interaktionsnivå i närsjukvården. Enligt professionsforskningen definieras professioner som speciella grupper av yrken som har en viss form av *självständighet* (autonomi) i sitt arbete. Det är således inte alla yrkesfunktioner som kan betraktas som en egen profession utifrån denna definition. Den professionelle är vetenskapligt skolad, och förväntas även göra egna bedömningar och fatta självständiga beslut i sitt yrkesutövande. Utbildningen ska säkerställa en speciell sorts kunskap som finns i sådana professionella grupper (Fransson & Jonnergård 2009). Läkare, socionomer, dist-

riktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter tillhör grupperingar som betraktas som professioner.

Mycket av professionsforskningen vilar på Abbots (1988) teoretiska resonemang runt begreppet *jurisdiktion*, som han använder för att belysa professionernas möjligheter till självständigt handlande. Med jurisdiktion avser han en rättighet och kontroll som en viss profession har att utföra sina arbetsuppgifter. Det innebär rent konkret att olika professioner lyder under *specifika lagstiftningar*, har sin egen legitimation, och ett eget utbildningssystem. Det innebär även att de har en specifik ställning i *samhällets offentliga platser och rum*, och att de styr över ett specifikt kunskapsområde i relation till andra yrkesgrupper på *arbetsplatsen*.

Styrkan i Abbots teorier är bland annat att han kan förklara på vilket sätt medicinen blev den dominerade professionen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt Abbot släpper de historiskt privilegierade professionerna (såsom läkare, jurister och ekonomer) sällan ifrån sig makt till andra professionsgrupper, utan tenderar snarare att utvidga sina ansvarsområden. Abbott påvisar i sin forskning att det inte är kliniska resultat, utan strategiska allianser, bekämpandet av alternativa vårdformer, och inrättandet av offentliga hälsoförsäkringar som har medfört att medicinarnas jurisdiktion expanderat (Brante 2009).

Den ”vetenskapligt” säkerställda kunskapen, och synen på en profession som ett enat kollektiv driven av en specifik etik har ifrågasatts. Många forskare menar att professionella grupper använder makt i form av olika belöningar, högre lön, och för att begränsa tillgången hos andra grupperingar. Detta resulterar i en sorts tävlan om vilken profession som har tolkningsföreträde på arbetsplatsen, vilket påverkar arbetsklimat och arbetsmiljön i en organisation. Idag kritiserar professionsforskningen att professioner ses som något beständigt över tid och rum. En del forskare menar att professionerna formas av staten, oavsett olika samhällssystem. Detta medför att professioner i stor utsträckning kan bindas till statliga intressen och kulturella värderingar (Svensson & Evetts 2010).

## ***Professionella habitus påverkar samverkan i närsjukvården***

På vilket sätt präglas då närsjukvårdens vård och omsorg av att personalen tillhör olika professioner på arbetsplatsen? I det vardagliga arbetet tänker knappast undersköterskan eller läkaren över vilka outtalade strategier de grundar sitt handlande på. Vårdarbetet i den kommunala hemsjukvården sker i de mest skiftande sammanhang. Tiden är begränsad, och det finns sällan tid till djupare reflektioner. Det innebär att människor handlar utifrån vad de finner vara den bästa lösningen i en situation. Det kan ske genom intuitionen, eller en känsla av vad som är rätt, men personalens handlande påverkas även av deras professionella socialisering.

Sociologen Bourdieu (1994;1996) menar att en professionell kultur har betydelse för individer eller gruppers handlingar gentemot varandra. Yrkeskårernas samarbete kan därför vara en följd av den sorts socialisering som Bourdieu kallar "habitus". Detta habitus finns i den skolning som olika professioner genomgår i sin utbildning. Varje yrkeskår har kulturella kännetecken, och vissa normer och regler för hur de ska bete sig, som vägleder dem inom deras yrke. Det innebär att professionella yrkesutövare rätt tidigt lär sig en sorts "*känsla för spelet*", som är svår att uppfatta av någon utomstående. Liksom en tennisspelare som spelat tennis hela sitt liv vet hur han/hon ska hantera sitt spel, har även läkaren eller distriktssköterskan en omedveten känsla av vad som är lämpligt att göra i olika vårdrelationer. Den professionella kultur som skilda yrkesgrupper tillhör påverkar därför samarbetet i närsjukvårdens omsorg. Det innebär att olika yrkesgrupper inte alltid själva är medvetna om hur de agerar mot varandra. I ett teamarbete mellan olika yrkesutövare påverkas samarbetet av dessa olikheter i professionella habitus.

Det rör sig många gånger om outtalade värderingar, som tar sig uttryck i *symboliska tecken*. Dessa kan vara *språkliga uttryck*. Som när distriktssköterskor använder begreppet "omvårdnad",

och biståndshandläggare använder begreppet "omsorg". Men det kan även vara icke verbala symboliska handlingar, sätt att *uppträda*, eller symboler som finns i *klädkoder*, och medicinska emblem (Bourdieu 1996).

Eftersom den professionella jurisdiktionen ofta är tätt knuten till vissa former av lagstiftning, finns det en symbolisk koppling mellan lagar och enskilda professioner. Även om yrkesgrupper i närsvården förväntas förstå och använda sig av flera lagrum som berör deras arbete, sker en sorts identifikation med de speciella lagrum som definierar den egna professionen. Sociallagstiftningen är exempelvis starkt knuten till socionomerna, till deras syn på samhället, och utvecklingen av deras profession, liksom medicinerna och distriktssköterskorna har en djupare förankring i hälso- och sjukvårdslagen. Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att det finns *särskiljande tecken*, som ligger till grund för ett mytiskt system mellan olika professionsgrupper, och som ger en utgångspunkt för deras inbördes relationer.

### ***Professionernas positioner i närsvården***

I Bourdieus (1996) filosofi formas samhällets struktur av olika grupper som har *differentierade positioner i rummet*. Det innebär att genom att tillhöra en viss gruppering har den enskilde individen en särskild maktposition i förhållande till andra grupper. Denna maktposition kan anta en symbolisk karaktär genom professionernas habitus i form av olika livsstilar. Vissa samhällsklasser och grupperingar har på så sätt symbolisk makt genom deras habitus. Exempelvis förknippas att spela golf med en viss status och klass. De positioner som professionella grupper har i förhållande till varandra påverkar därför individers *möjligheter* att handla i vardagen. Positionerna påverkar även de *förväntningar* som befolkningen har på olika professioner, och de föreställningar som professionella grupper har om sig själva och gentemot varandra.



## **Positioner mellan olika professionella grupperingar i närsjukvården**

Biståndshandläggarna är socionomer och tenderar att ha ett kritiskt förhållningssätt till ett alltför snävt medicinskt tänkande i närsjukvården. Många socionomer har över tid positionerat sig mot en medikalisering, till förmån för synsättet att de underliggande problemen finns i samhällskroppen, inte hos den enskilde individen (Brante 2003). Det innebär att denna yrkesgrupp ibland kommer i konflikt med sin egen övertygelse när medicinska och sociala intressen står emot varandra. Ett sådant exempel är när personalen på sjukhuset inte prioriterar patienters sociala situation i hemmet, vilket medför att handläggaren inte kan göra en grundlig social utredning innan en person skrivs hem från sjukhuset till eget boende (Blomberg 2004). I den situationen kan biståndshandläggarna uppleva sig sämre positionerade gentemot medicinerna. Socionomer är skolade i att ta hand om utsatta människor, och tar utgångspunkt i att människors hälsa är beroende av hur de samverkar socialt.

Biståndshandläggaren har å andra sidan en stark position gentemot medborgarna, genom att hon/han beviljar bistånd, det vill säga beslutar vilken kommunal service som vårdtagarna har rätt till (Blomberg 2004). Den myndighetsutövande funktionen är central hos biståndshandläggaren, men även hos socionomer som professionsgrupp mer allmänt, vilket ger yrket en position med juridisk makt i samhället.

Samarbetet som biståndshandläggarna har med arbetsterapeuter och sjukgymnaster är generellt mindre omfattande och mindre formaliserat än deras samarbete med distriktssköterskan. Biståndshandläggaren och distriktssköterskan har en starkare positionering i närsjukvårdens organisation gentemot rehabiliteringspersonalen, bland annat för att de har en starkare professionell jurisdiktion (Blomberg 2004). Teamarbetet förstärker därför dessa bägge gruppers position. Samtidigt har arbetsterapeuter och sjukgymnaster fått en bättre positionering generellt, just genom att de deltar i det kommunala teamet, medan de tidigare arbetade mer på

konsultativ basis, och inte var delaktiga i det löpande vardagliga arbetet och planeringen i närsjukvården.

Den medicinska kompetensen som intas av läkarprofessionen har en ledande professionell position, både i slutenvård och i primärvård, men även som PAL (patientansvarig läkare) i hemsjukvården (Samverkansavtal 2009). Läkarna har som profession i regel tolkningsföreträdare vad gäller den medicinska handläggningen i närsjukvården. Juridiskt sett har de även det medicinska ansvaret över de kroniskt och multisjuka vårdtagare som bor i eget boende, medan det praktiska arbetet oftast utförs av kommunens vårdteam. Läkarnas kunskap om sociallagen är bristfällig, eftersom de tillhör en organisation som i första hand relaterar till hälso- och sjukvårdslagen (Blomberg 2004). Region Skåne och Kommunförbundet Skåne förstärker genom samverkansavtalet 2009 primärvårdsläkarnas position.

I och med ädelreformen infördes distriktssköterskorna som profession i den kommunala verksamheten. I det överförandet kom sjuksköterskeprofessionen under en myndighet som inte tidigare hade haft arbetsgivaransvar för sjuksköterskor och distriktssköterskor. Kulturella skillnader observerades mellan socionomerna å ena sidan, och distriktssköterskorna å den andra. De olika yrkeskulturerna försvårade samarbetet (Carlström 2005; Svensson 2002). Innan ädelreformen arbetade de flesta sköterskor i teamarbete med läkare, en professionell grupp som saknas i den kommunala omsorgen. Det innebar samtidigt att de stod under medicinarnas kontroll, både organisatoriskt och medicinskt. I praktiken innebar detta en underordning av sjuksköterskegruppen gentemot läkargruppen. På sjukhus och inom primärvård kvarstår den ordningen.

Sjuksköterskeprofessionen har en stark knytning till hälso- och sjukvårdslagen. Sjuksköterskornas legitimation innebär att de har klara regler att förhålla sig till i sitt arbete. De betraktas dock knappast som "myndighetsutövande" på samma vis som socionomerna. Sjuksköterskornas reglemente förespråkar att de ska ge vård och omsorg utifrån en humanistisk människosyn, och en hel-

hetssyn som bygger på människors rätt till självbestämmande. I den kommunala hemsjukvården upplever dock många sköterskor att de saknar en liknande organisationstillhörighet som den de hade före ädelreformen (Josefsson 2006). Sjuksköterskorna fick istället en egen specialistkompetens i och med denna reform. Kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) har en tydlig jurisdiktion, och förväntas att vara myndighetsutövande och uttolkare av lagstiftningen i kommunerna. Den innebär en särställning, där sköterskornas formella position har förstärkts. En anledning till detta är förmodligen att kommunerna behöver en egen tolkning av hälso- och sjukvårdslagen, i relationen med regionen/landstinget.

### **Positionering inom de egna professionerna**

Utöver habitusbegreppet, talar Bourdieu (1996), om en *teknisk och positionsbestämd kompetens*, som kan skilja sig åt i den egna gruppen. I dagens samhälle sker en arbetsdelning inom den egna gruppen när yrkesutövare specialiserar sig på ett specifikt område som de har en djupare kunskap om. I den medicinska professionen skiljer sig specialistläkare från olika kliniska områden på sjukhuset (exempelvis hjärtkirurgi, ortopedi, geriatriker osv.), från den mer generaliserade primärvårdsläkaren. Den först nämnda gruppen av läkare förväntas att ha en speciell kunskap, med en särskild teknisk specialisering, som stärker deras självständiga handlande. Detta bidrar till en starkare position inom den gemensamma professionen, gentemot allmänläkarna.

I hemsjukvården innebär vårdtagarnas hälsosituation att de personalgrupper som arbetar med multisjuka patienter har kontakter med många olika specialister. Det kan gälla överläkare på olika kliniker på sjukhuset, men även specialiserade sköterskor, som till exempel diabetessköterskor. Dessa specialister har en speciell positionering, som ger dem tolkningsföreträde beträffande den enskildes medicinska vård, även när primärvårdsläkaren är patientansvarig läkare.

## ***Rummets betydelse i omsorgen***

Men det är inte endast de professionella positionerna i närsjukvården som är av betydelse, utan även var dessa professioner har sina praktiker. Det är skillnad mellan att arbeta i ett institutionellt landskap, och i människors egna hem, i hemsjukvården.

På *sjukhuset* har varje profession en tydlig uppgift som de ska utföra, och denna arbetsdelning inom kliniken motsvaras av i förväg uppdragna riktlinjer (Foucault 1989). Relationerna mellan de olika professionella grupperna präglas av en viss form av teamarbete, som utmärks av en fördelning av olika funktioner. Det råder ganska bestämda maktpositioner mellan till exempel sjuksköterskor och läkare. Dessa positioner präglar personalens samarbete i rummet. Exempelvis är vårdavdelningarnas expeditioner sjuksköterskans. Läkaren har sin egen expedition, medan undersköterskan har sin position förlagd till vårdrummen och korridorerna. Det finns dessutom olika rutiner som förknippas med vad som förväntas göras av vem (Lindgren 1999).

Det finns en sjukvårdskultur på sjukhus som fokuserar på att det är individens sjukdom som står i centrum. Det innebär att den som är medicinsk specialist på den sjukdomen har tolkningsföreträde beträffande hur patienten ska behandlas. Genom olika diagnoser kategoriseras människors sjukdomar in ett regelsystem som är anpassat efter en organisering i olika kliniker (Foucault 1989). Mycket av personalens arbete sker rutinartat, efter speciella riktlinjer som anses baserade på ”beprövad praxis”, å ena sidan, och ”vetenskaplig evidens”, å andra sidan.

På sjukhusen serveras mat på bestämda tider, och patienten har ett begränsat rörelseutrymme i rummet. Det finns speciella sjukhus-sängar, långa korridorer, och ofta flera människor i samma rum. Många sjukdomstillstånd kräver att människan upprätthåller en speciell livsstil för att vara frisk. Exempelvis är regelbunden kosthållning och aktiviteter tätt förknippade med vanliga åkommor såsom diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

På sjukhuset är det personalens ansvar att deras patienter får de medicinskt avgörande behoven tillfredställda. Detta ansvar kan även gälla hemgången. Inför hemgång tränas exempelvis den gamle mannen/kvinnan som opererats sin höftled, så att personalen ser att de klarar sina dagliga göromål. Om detta inte är fallet, rekommenderas hemhjälp från kommunen. De sociala behoven diskuteras vid hemskrivning, där personal från kommunen ska säkerställa fortsatt god omsorg, både från ett medicinskt och socialt perspektiv (vårdplanering). Men det som fram för allt karakteriserar de professionella relationerna på sjukhuset är att de är organiserade runt en struktur av i förväg bestämda formaliserade regler och ordningar. Det är till exempel rent praktiskt möjligt att fördela ansvar mellan olika yrkesgrupper, eftersom alla är samtidigt närvarande på samma ställe, och i akuta situationer kan ansvariga personer snabbt tillkallas. De olika professionerna har bestämda funktioner i rummet, och de har en tydlig rumslig maktposition över patienten.

Det föreligger ett annat rumsligt vårdssammanhang i *hemsjukvården*, där arbetsdelningen inte alltid är lika självklar som den är på sjukhuset. Ändå förväntas personalen arbeta i ett system av olika professionella funktioner, som i stort sett speglar de arbetsvillkor och positioner som råder inom den slutna vården.

De medicinska aspekterna i tillvaron tilldelas sjuksköterskan. Biståndshandläggaren ska se till den enskildes sociala behov, medan arbetsterapeuter och sjukgymnaster ska arbeta med den kroppsliga rehabiliteringen hos den enskilde. De är sällan på plats samtidigt, men försöker i de kommunala teamen att i förväg komma överens om vilken profession som är lämpligast i olika vårdssammanhang. Det innebär bland annat att personalen ställs inför frågeställningar där de har svårt att skilja på vad som är ett medicinskt, respektive ett socialt problem, i den enskilda situationen.

Ofta samverkar många olika perspektiv, och personalen kommer rakt in i det pågående pulserande livet i stunden. Det finns inte samma i förväg bestämda mönster och regleringar. Situationer

uppstår som inte kan förutses och detaljplaneras i förväg. Anna kan kanske klara av att duscha själv ena dagen, men den andra dagen har hon haft det jobbigt på natten. Det blev kallt, så hon fick sitta och elda sent, och så glömde hon att ta sin tablett. Dessutom var det ishalka ute på den skånska landsbygden, så hennes dotter som skulle hjälpt henne med frukosten hade inte kommit fram. Följden blev att Annas måltider den dagen inte blev regelbundna, och hon fick problem med sin medicinering. Som personal är du gäst i någons hem och ska anpassa din omsorg/omvårdnad till den rådande situationen socialt och rumsligt, vilket inte alltid är så lätt. Vårdinsatserna (eller bristen på insatser) påverkar på ett handgripligt vis inte enbart vårdtagaren, utan även vardagen för de närstående. Vårdinsatserna i hemsjukvården utgör inte en temporär och övergående kontroll över kropp och liv som patienten måste finna sig i, utan är något som kan sträcka sig över flera år. Allt detta gör att hemsjukvårdens villkor skiljer sig på flera plan från motsvarande situationer på sjukhusen.

Ett vårdssammanhang kan även präglas av en form av tillhörighet i det fysiska rummet. Akuten har sina seder och vanor på sjukhuset, vilket den personalen snabbt identifierar sig med. Arbetet i hemsjukvården är däremot spritt över stora avstånd, där teamen är indelade i geografiska områden. Dessa områden kan präglas av väldigt olika sociala förhållanden. Kommunens personal lär sig att förhålla sig till vitt skilda miljöer, men stöter samtidigt på specifika problem, som inte skulle uppstå om omsorgen var förlagd till sjukhuset.

Relationerna mellan vårdpersonal och vårdtagare i det egna hemmet kan därför inte rakt av jämföras med de relationer som råder vid mötet mellan vårdtagare och personal på vårdcentralen eller sjukhus, då relationerna formas utifrån helt olika förutsättningar. Det innebär att de vårdssammanhang där människor arbetar även påverkar förståelsen mellan professionerna. Distriktssköterskan på akutmottagningen kan vara lika ovetande om sin kollega distriktssköterskans arbetsförhållanden, som hon är om läkarens. De referensramar och erfarenheter som sköterskan på akutmottagningen har kommer från att arbeta i ett annat rumsligt samman-

hang, såvida hon själv inte tidigare arbetat i hemsjukvård. Sjukhusens fysiska miljö och dess sociala praktik skiljer sig avsevärt från distriktssköterskans arbete i människors egna hem.

Relationen mellan vårdtagaren/patienten och den kommunala vårdpersonalen kan i en viss bemärkelse präglas av mindre kontinuitet och närhet, jämfört med de relationer som finns mellan personal och patienter i den slutna vården på sjukhus. Detta beror på att den akuta vården har större personaltäthet, och personal kan ha mer tid att ge uppmärksamhet åt individen. Det finns dessutom mindre glapp i informationen om vad som hänt mellan olika vårdpass. Kontinuitet i relationen mellan vårdtagare och personal saknas dock i båda rumsliga sammanhang, i den mån att personal ständigt växlar. Det råder även olika maktförhållanden i rummet mellan personalen och den de vårdar, beroende på vem som har mest tolkningsföreträde (Rämngård 2008, 2010). *Rummet* påverkar därför även praktikers syn på varandras arbete och deras relationer i praktiken.

### ***Hur förbättra möjligheterna till samarbete?***

Hur kan vi då bryta upp professionella habitus i rummet och öppna för dialog? En väg är naturligtvis att försöka att ändra på de sociala positionerna, vilket är en politisk fråga för de som arbetar med att utforma såväl utbildningspolitik som hälso- och sjukvård, eller social omsorg. I praktiken handlar det om rätt sega strukturer, eftersom professionerna och utbildningssystemen är så tätt sammanflätade. Risken finns även att ett toppstyrt förändringsarbete leder till att defensiva och revirmarkerande beteenden förvärras ytterligare, för att yrkeskåren känner sig hotade. Ett annat sätt är därför att medvetandegöra människor i en demokratisk dialog ute på arbetsplatserna.

Vi har konstaterat att starka krafter tenderar att ställa professioner upp mot varandra i en konkurrens, som försvårar ett konstruktivt samarbete i vårdtagarnas intresse. Professionsforskaren Abbot

(1988) menar dock att professioners intima samarbete på en arbetsplats kan bryta upp invanda mönster, i en sorts förhandlingsstrategi. Detta sker ofta i *specifika situationer*, när ett praktiskt problem måste lösas. Därför händer det att banden mellan professionerna och deras professionsspecifika jurisdiktion upplöses i själva handlandet på *arbetsplatsen*. Istället för att handla stereotypiskt enligt predisponerade mönster, fokuseras då problemet, så nya handlingar kan uppstå. Samtidigt innebär det att professionella grupperingar är extremt sårbara för organisatoriska förändringar, eftersom de i sådana situationer tenderar att bevaka sitt eget "revir". Det innebär även att själva platsen där dessa handlingar utspelar sig är av betydelse.

Närsjukvårdens arbetsplatser har, som påpekades i *Skånsk livskraft*, tillgång till en bred kompetens. Den kompetensen finns invävd i ett nätverk av relationer mellan olika människor, en "relationik". Grunden för förändring är således att skapa *tillit i relationen mellan de människor som arbetar i olika professionella funktioner* i närsjukvården.



## 4. Närsjukvårdens professionella relationik

Närsjukvårdens relationik (se Döös 2004) är på olika sätt förenad med den professionella tillhörigheten. Genom aktionsforskningens dialogmetod ges personalen förutsättningar att bygga upp en tillit i fokusgruppen, samtidigt som de problematiserar sina olika professionella positioner och habitus. I den reflekterande processen löser de sedan sina problem tillsammans.

I forskningsprocessen i denna studie framkommer tre teman som har en stark påverkan på professionernas samarbete i närsjukvården. Dessa är *Lagrummet*, *Professionella rum och platsers betydelse*, samt *Professionernas olika syn på situationen*. Dessa påvisar en strukturell problematik av formella regler och förordningar som sätter hinder i vägen. Även informella strukturer och särskiljande rum försvårar ett adekvat tvärfackligt samarbete, genom ”stuprörstänk”. Professionernas syn på situationen berör det professionella handlandet i fallen, och det konsensus som finns i de kommunala teamen som grupp. Till sist påvisas hur en reflekterande dialog mellan de olika professionerna i teamet kan bidra till en ökad förståelse mellan dem, och ge en handlingsstrategi i praktiken.

### ***Lagrummet***

I det här avsnittet framkommer hur lagstiftningen påverkar professionernas relationer, och hur yrkesgrupper väljer att handla i de fallsituationer som beskrivs. Vanligtvis brukar rapporteringar från den nära omsorgen relatera till lagstiftningar såsom HOS (Hälsö och sjukvårdslagen), SOL (Socialtjänstlagen), samt LSS (Lagen om särskilt stöd). Personalen upplever att de har bristande stöd i lagstiftningen för att kunna samarbeta adekvat. I en del fall beskriver olika professionsgrupper lagstiftningen som ett hinder för

kommunikation dem emellan. I andra fall relaterar de lagar till en specifik jurisdiktion inom en profession. Sammantaget visar diskussionerna i fokusgrupperna på några tendenser:

- Det finns en tydlig relation mellan olika lagstiftningar och olika professioner.
- Professionernas kunskapsbas kan i viss mån kopplas till olika lagstiftningar.
- Lagstiftningen försvårar kommunikationen mellan professioner, eftersom de har olika juridisk kunskap.

### ***Professionella rum och platsers betydelse***

I närsjukvården finns olika rum. Det är primärvården, sjukhuset och dess olika kliniker, samt den mer rumsligt rörliga hemsjukvården, som försiggår i människors hem. Samarbetet mellan olika professioner utgörs av en mängd olika relationer, som försvåras av dessa sammanhang. Det finns olika föreställningar om varandras arbete, som inte alltid överensstämmer med praktiken. Problemet ligger alltså inte i bredden av yrkeskulturer som sådan, eller skillnaderna mellan dem, utan i sättet som dessa yrkesgrupper relaterar till varandra, och i bristen på gemensamma beröringspunkter, genom att de befinner sig i olika rumsliga världar.

- Skillnaden i föreställningar om varandras arbetsplatser präglar personalens handlingar runt det enskilda fallet
- Förtroendet mellan kommun och landstingets hälsovård är bräckligt
- Avsaknad av tillit råder mellan professioner som arbetar i olika rumsliga vårdssammanhang.

## ***Professionernas syn på situationen***

I kommunernas omsorg arbetar arbetsterapeuter, sjukgymnaster, biståndshandläggare och distriktssköterskor tillsammans i ett team. Deras professionella bakgrunder påverkar arbetet, och därmed även deras relationer. I princip försöker de inblandade personalgrupperna att se på en vårdssituation genom att göra en gemensam definition av problemet. Men många vårdbeslut fattas snabbt, i korta kontakter utifrån de respektive yrkesgruppernas professionella ansvarsområde, utan djupare samordning. De har sällan tid och möjlighet att föra reflekterande samtal med varandra på ett organiserat sätt i det praktiska vardagsarbetet. En konsekvens av detta är att deras olika professionella syn på problemet blir styrande, vilket ibland försvårar de inbördes relationerna i teamet. Sammantaget syns följande tendenser:

- Det är skillnad på olika professioners syn på vem (individen själv eller vårdgivarna) som har det huvudsakliga ansvaret i den situation som uppstår.
- Det är skillnader i huruvida de olika professionerna sätter fokus på relationerna i familjerna, eller sätter den enskilde individen i centrum.
- Det är skillnader mellan professionerna huruvida de söker en struktur utanför vårdteamet som lösning för problemet, eller om de försöker lösa det själva (vilket leder till en emotionell belastning).
- De professioner som tidigare varit underställda en profession med stark social positionering upplever sig vara i en beroendesituation som de sällan ifrågasätter.
- De ”nya” professionerna försöker utvidga sitt kompetensområde; de försöker utvidga sin jurisdiktion.

Det tematiska resultatet av analysen presenteras nedan genom fyra fallbeskrivningar, för att ge läsaren en direkt inblick i personalens vardag och handlingar i praktiken. Dessa är allmänna och autentiska problem som de kommunala vårdteamen upplever i sin

vardag. Under rubriken *dialogen och kunskapsöverföringen mellan professionerna* i slutet av varje fallbeskrivning presenteras sedan en förkortad version av aktionsprocessen och den kunskapsöverföring som skett i reflekterande samtal mellan samtliga deltagare från de olika kommunerna. Slutligen skapas en syntes av dialogen och den teoretiska förförståelsen under rubriken: Lösningen på problemet.

## **Fall 1. Berör Anhörigproblematik**

Anna 92 år bor i ett mindre hus på landet, tillsammans med sin dotter Karin, som hjälper henne med myndighetskontakter och dagliga göromål i hemmet. Anna har besvärligt att gå. Hon har en diabetes som insulinbehandlas och som hon får hjälp med av distriktssköterskan. Anna hamnar emellanåt på akuten med diffusa symptom, och blir ofta inlagd ett par dagar på sjukhuset för utredning. Läkare och kuratorer har med tiden lärt känna henne och hennes problematik. De somatiska symptom hon visar upp ger egentligen inte upphov till någon medicinsk diagnos, utan består av en samling diffusa symptom, som allmän trötthet, avmagring och yrsel, som tillskrivs psykosociala besvär. Personalen på sjukhuset uppger att kvinnan söker ett "andrum" på sjukhuset. När Anna ska vårdas i eget hem blir personalen inte alltid insläppta i hemmet, och dottern som är sjukskriven för psykisk ohälsa har många gånger konflikter med olika personalkategorier. **Teamet från kommunen vill hitta en lösning av det som de betecknar "anhörigproblematiken" i fallet.**

### **Lag- och regelsystemen sätter gränser för förståelsen mellan professionella grupper**

Anna har uppgett till personalen på sjukhuset att hon inte har tillit till biståndshandläggarna i kommunen, vilket medför att dessa inte längre blir kallade till möten på sjukhuset. Kuratorn på sjukhuset hänvisar till *sekretesslagen* som skyddar den enskilde. Situationen kompliceras av att biståndshandläggarna menar att sekretesslagen hindrar dem att ta personlig kontakt med den specialistläkare som samtalat med Anna. De känner sig hindrade i sitt myndighetsutövande arbete av sekretesslagen som skyddar den enskilde, men som samtidigt sätter stopp för de mer informella samtalen. Deras enda möjlighet är att kalla till ett vårdplaneringsmöte med alla inblandade aktörer, ett möte där varken Anna eller dottern dyker upp, vilket ytterligare förvärrar deras relation med kommunen.

Biståndshandläggarna anser att det finns en bristande kunskap om *socialtjänstlagen* (SOL) i den medicinska professionen. Biståndshandläggaren på kommunen förstår inte varför läkaren på sjukhuset inte kan se till den sociala situationen och dotterns behov av psykologisk hjälp och stöd. *”Läkaren som behandlar mamman borde kunna gå in och samtala även med dottern om hennes problem anser de. Det är hennes dotter som hindrar oss att se till att hon får adekvat medicinering därhemma och en anledning till att hon återvänder till sjukhuset hela tiden”*.

Distriktssköterskorna å andra sidan ser här tydligare gränsen för regionens sjukvårdsansvar utifrån hälso- och sjukvårdslagens intentioner: *”han (läkaren) kan inte gå in och behandla dottern det är Anna som har svängningar i sina sockernivåer”*.

Hälso- och sjukvårdslagen ger inte möjligheter att gå in och behandla dotterns problematik om hon inte önskar detta själv. Sköterskorna har en annan kännedom om den medicinska expertisens möjligheter inom gränserna för *hälso- och sjukvårdslagen* (HSL), och i förhållande till sekretessbestämmelser för de enskilda vårdtagarna.

Arbetsterapeuterna menar att deras *professionella jurisdiktion* borde utökas rent juridiskt så att deras ansvarsområde även ger dem möjligheter att bevilja bistånd av hjälpmedel.

Funktionsnedsättningen måste utredas vid flera instanser innan arbetsterapeuten kan prova ut hjälpmedel till Anna. Detta tar lång tid menar arbetsterapeuterna, och det förutsätter att den enskilde blir ordentligt informerad om de olika professionernas skyldigheter och rättigheter. I annat fall vänder de sitt missnöje mot rehabiliteringspersonalen. I detta fall har Anna och hennes dotter problem med att förstå orsakerna till dröjsmålen, vilket ytterligare minskar förtroendet till kommunens personal generellt.

## Det professionella rummet och platsen för omvårdnaden

Det är en rätt vanlig föreställning inom den slutna vården att omsorgen inte fungerar i hemmet, när människor är så kallat ”färdigbehandlade” på sjukhuset. ”*De tycker inte att kommunen gör någonting – hon kommer hela tiden tillbaka*”. På avdelningen uttrycks ett missnöje i samtalen med kommunen, för att kvinnan uppsöker akuten utan egentliga besvär.

Personalen i den kommunala vården menar att den regionala sjukvården inte förstår hur det är att arbeta i människors hem. ”*Vi har inte kontroll över människor på det sättet, de bor själva i sina egna hem. Ibland är det långt mellan mötena. Det är skillnad mellan att vårda människor på en institution där vårdpersonalen har rutiner och kontroll över vad som sker. Dessutom så sker omvårdnaden på sjukhuset ofta utifrån medicinska premisser som inte ser helheten*”. Personalen i teamet uppger att den slutna vården och primärvården inte har tillräcklig insikt i komplexiteten i deras arbete. I sitt arbete ska de ta hänsyn till relationer i hemmen, avstånd, sociala aspekter som medboende och anhöriga, miljöer, de skiftande tidpunkter som vårdtagare själva vill göra saker i sitt liv, och hur de vill ha ordnat med ting i sitt hem. Omsorgen i det egna hemmet måste ske i en framväxt med den plats där de människor de ska vårda befinner sig. ”*Det verkar som om de inte förstår på sjukhuset att vi inte kan hålla Anna under ständig uppsikt. Dessutom så tillåter ju inte dottern alltid att vi kommer. På sjukhuset är det annorlunda, där får Anna rätta sig efter deras rutiner och bestämmelser*”.

Förståelsen för varandras arbete skiljer sig alltså inte enbart mellan de olika professionsgrupperna och de sociala rum de verkar inom, utan även beroende på den fysiska platsen. Vilket antyder att det inte bara är professionen som sådan som är av betydelse utan även platsen där själva omvårdnaden bedrivs. I realiteten fungerar inte vårdplaneringen särskilt bra efter att vårdtagare kommit hem från sjukhuset menar distriktssköterskorna. Det uppkommer helt andra problematiker, som innebär att personen ifråga behöver mer resurser. ”*Som med Anna, hur vet vi att hon får or-*

*dentligt med mat av sin dotter? Det är viktigt för att insulinet ska fungera. På sjukhuset kan de kontrollera detta dagligen”.*

Det finns en utbredd föreställning bland regionens sjukvård (inklusive sjuksköterskegruppen) om distriktssköterskan som en ”allmän fixare”. På grund av dessa föreställningar så upplever gruppen distriktssköterskor i kommunen att många människor har ”den gamla modellen av sjukvården med sig i sina förväntningar”.

Synen på distriktssköterskans arbete gäller även i befolkningen generellt. I den bild som sköterskorna målar upp av sitt arbete finns ett slags allmänt förtroende till professionen som sådan. Men sköterskorna beskriver även frustrationen över den förändring som skett över tid i deras yrke. De menar att den kontinuitet som tidigare fanns mellan dem och den enskilde omsorgstagaren var det som låg till grund för detta förtroendekapital. Eftersom allmänhetens föreställning om deras profession är sprungen ur tiden före hälsoval, teamarbete och en ökad arbetsdelning i olika ansvarsområden, harmonierar detta inte med distriktssköterskans nuvarande jurisdiktion. Särskilt den äldre befolkningen har en annan bild av professionen. ”*Det är som att flytta en ångvält säger en av distriktssköterskorna*”.

En distriktssköterska berättar om en 90-årig man som ringer och ber om hjälp med att skaffa en sänglampa. Har du dålig syn frågar hon då, njaa säger han inte egentligen inte... men ni distriktssköterskor är ju så bra på att fixa det mesta så jag tänkte att ni säkert kunde ordna detta också, svarar han då henne”.

Distriktssköterskorna påtalar att det även finns en sorts föreställning från primärvården om hur de arbetar, som inte stämmer med verkligheten. Personalen har ofta en bild av en distriktssköterska som en person som har personlig kontakt med alla äldre med omsorgsbehov i sitt geografiska område, även om de inte är inskrivna i hemsjukvården.



I dialogen med sköterskorna framkommer dessutom att de sällan direkt ifrågasätter ordinationer, även när det gäller att de får merarbete utanför det som är deras ansvarsområde. De känner sig allmänt utnyttjade och tycker att de blir betraktade som en slaskhink som ska lösa alla problem.

### **Professionernas syn på situationen**

Det medicinska problemet är utgångspunkten för distriktssköterskorna i gruppen när vi diskuterar fallen. Detta blir tydligt i frågan om Annas situation. I deras interna dialog syns det tydligt att de sätter den *enskilda människans* behov av medicinsk omsorg i centrum, inte situationen eller relationerna. Relationerna runt vårdtagaren blir något som är besvärande och störande för deras arbete med den äldre kvinnan. Det tar sig olika uttryck, som understryker och utgår från att det är den kommunala omsorgen som har tolkningsföreträde, och de själva som kan avgöra vad Anna mår bäst av. ”*Om kvinnan i fråga fick vara någonstans där hon fick riktig omvårdnad under en längre tid så skulle hon själv se att hon fick det bättre*”.

Vid flera tillfällen framkommer det att distriktssköterskorna har problem med att definiera *gränser för självbestämmandet hos den enskilde de vårdar*, som i exemplet ovan.

Inledningsvis uttrycker de detta rätt tydligt när de ska beskriva fallet de bestämt sig för att diskutera. ”*Det gäller en vårdtagare som inte vill ta emot hjälp – men som vi behöver hjälpa*”. De känner att de har ett ansvar för individens välmående, även när denne klart anger att den inte vill att distriktssköterskorna ska ge omsorg, utan föredrar att sköta sin vård själv med hjälp av anhöriga (här handlar det om att äta vid bestämda tider och ge insulinsprutan). Distriktssköterskorna fokuserar här starkt på handling, och ser att få utföra medicinsk omsorg som deras främsta uppgift. Distriktssköterskan försöker ensam få kontakt med modern, och betraktar dottern som ett hinder. Tilliten mellan familjen och den enskilda distriktssköterskan bryts i och med detta. Detta beteende får som konsekvens att den gamla kvinnan skiftat sköterska flera

gångar, för att dessa inte orkat med situationen eller för att de blivit uppsagda av Anna och hennes dotter som inte längre känner tillit till de enskilda individerna.

Det leder till stor frustration hos distriktssköterskorna när de misslyckas med sitt arbete. De anser inte att de själva begår något fel, men stigmatiserar samtidigt dottern i familjen när de ser henne som ett hinder för dem att utföra sitt arbete. Det är väsentligt att läsaren har förståelse för komplexiteten i problematiken här. Det är naturligtvis besvärande att inte bli insläppt i ett hem, när sköterskan är omsorgsfull och kommer för att ”hjälpa” den gamla damen. Dottern agerar som moderns talesman, och är den som svarar i telefonen. Något som sköterskorna tagit upp med Anna – men den äldre damen har vid åtskilliga samtal påpekat att hon vill ha det på det viset. Distriktssköterskornas reaktion visar på hur starkt värdeladdad situationen är för dem: *”det är obehagligt att se dottern – jag blir känslomässigt påverkad – tycker det är obehagligt med hennes reaktion”*. Dotterns avvisade attityd gentemot personalen är starkt emotionellt belastande.

Biståndshandläggarna har även de fått del av dotterns kritik, både via faxmeddelanden och i form av klagomål till socialförvaltningen. När de ska beskriva sin inställning och berätta om fallet, tar de inte utgångspunkt i den medicinska problematiken. Där- emot fokuserar deras handlingar mer direkt på *relationen* mellan modern och dottern där de, precis som distriktssköterskorna, ser dottern som problemet. *”Det är mamman som förmodligen inte törs stå på sig emot dottern.”* Biståndshandläggarna beskriver detta som att problemet är att dottern och moderns relation är dysfunctionell, på så sätt att dottern har tolkningsföreträde i alla sammanhang. De beskriver också situationen som ett ”ärende”, som de betraktar på avstånd, utan att sätta sina egna subjekt med i bilden, trots att deras egen inställning uppenbarligen är en viktig del av situationen familjen befinner sig i. Situationen betraktas utifrån ett mer ”objektivt” synsätt: *”Hela ärendet går åt till att hantera dotterns ångest”*.

Arbetsterapeuten försöker lösa situationen med att involvera både kvinnan och hennes dotter i problematiken. ”Skickar man förslag på tider så kan de inte... och så blir de sura när vi har andra förslag när vi inte kan ställa upp på deras /.../”. ”De har svårt att förstå att vi inte kan bestämma vad de ska få hjälp med, bara prova ut deras hjälpmedel.” Arbetsterapeuterna menar att eftersom de saknar rättigheter att själva göra biståndsbedömningar, är det extra problematiskt, eftersom Anna och hennes dotter inte förstår gränssättningarna mellan professionernas ansvarsområden.

Det som de olika professionerna har gemensamt är att de utgår från att problemet är att det inte finns någon tillit från Anna och hennes dotters sida till deras professionella agerande. De menar att dottern är kritisk mot dem, oavsett vad de gör, och att detta i sin tur är den bidragande orsaken till Annas bristande tillit. Personalen i teamet har när de diskuterat fallet på hemmaplan varit eniga om att dotterns psykiska ohälsa och bristande förtroende för dem är det som försvårar kommunikationen mellan vårdpersonalen och modern. De olika professionerna har olika professionella utgångspunkter i botten för sitt uttalande, även om de i sak verkar eniga i sin bedömning av situationen. Den praktiska konsekvensen i teamen blir att de bortser från sina skillnader, och kommer överens om att fokusera på det gemensamma. Det innebär att hela teamet låst sig fast i en gemensam föreställning om vad som är problemet, som sedan förstärks genom det här teamets gruppdynamik. Deras diskussion går i cirklar, och de kommer inte vidare i att lösa problemet.

### **Dialogen och kunskapsöverföringen mellan professionerna**

I dialogforumet för personalen en reflekterande dialog utifrån sina professionella ställningstaganden. De strukturerar samtalen med hjälp av *casemetoden*. Det innebär att de reflekterar över skillnaden mellan vad de faktiskt vet, och vad som är förgivettagna antaganden. De ger sedan en beskrivning av sina känslor inför problemet, där speciellt sköterskorna är starkt emotionellt påverkade.

Distriktssköterskorna överför sin kunskap om den emotionella svårigheten att se till den enskilde, och samtidigt *möta hela deras livssituation i det egna hemmet*. Biståndshandläggarna pekar då på att det finns lagtexter som kan hjälpa dem att sätta gränser för deras omsorg. De kommer så överens om en strategi som kan hjälpa dem i det arbetet, som de benämner *Gränssättningar i det praktiska arbetet*. Den åtgärden menar gruppen kan ge en gemensam strategisk kommunikation med Anna och hennes dotter, men även en tydlighet i relation till olika lagstiftningar, och till professioner utanför teamet. Detta tar sig uttryck i följande åtgärder, där de olika professionerna markerar en tydlig gräns gentemot omsorgstagaren, såväl som andra professioner i rummet.

*”Vi ska vara tydliga med att vi kommer med en rullstol kl. 09.00 en fredag, annars så avskriver vi ärendet”* (arbetsterapeuterna).

*”Fullmakten finns hos dottern, men den kan faktiskt dras tillbaka – eller inte gälla vid speciella tillfällen enligt Förvaltningslagen”* (biståndshandläggarna).

*”Läkaren har ordinerat läkemedel (insulin), det är ett hemsjukvårdsuppdrag, om vi inte kan utföra det så skickar vi ärendet tillbaka till läkaren. De får sedan avgöra patientsäkerheten vid läkemedelshanteringar”* (distriktssköterskorna).

Här har varje profession använt sin specifika kunskap på ett sådant sätt att de försöker ändra det som de upplever är själva kärnan i problemet, genom olika *handlingsstrategier*.

Rehabiliteringspersonalen visar Anna och hennes dotter att de har ett eget ansvar över att tillhandahålla hjälpmedel. Biståndshandläggarna använder myndighetsutövning, men genom en annan lagstiftning som de behärskar som socionomer. Distriktssköterskorna ”bollar tillbaks” ärendet till den som har ansvar för ordinationen (läkaren), när ordinationen inte går att fullfölja.

En annan dialog berör *människors valfrihet och självbestämmande*. Anna måste beredas rätten att tacka nej till omsorg om hon så

önskar. Biståndshandläggarna hjälper här distriktssköterskorna att se vad lagtexten egentligen säger, och att de faktiskt har möjlighet att avskriiva ett ärende. Distriktssköterskorna inser att de måste arbeta mer med att inte ta över människors självbestämmande, även om det ibland påverkar medicinska aspekter av vården. Läkarna har ansvar för patientsäkerheten när de ordinerar läkemedel.

*”Vi distriktssköterskor har blivit skolade i att ta hand om andra hela tiden – vi ska liksom fixa till deras hälsa och välbefinnande, även när vi inte har resurser för det. Det ett annat system idag – vi måste tänka om.”*

Det strukturella problem som de inte själva kan lösa förs sedan vidare till referensgruppen.

Personalen uppger att de allt för ofta blir hänvisade till olika organiserade samtalsformer, såsom vårdplaneringar (SVPL) på sjukhuset inför utskrivningar. Det underlättar därför menar de om sjukhuset har en och samma person på vårdavdelningen som planerar för de medicinskt ”färdigbehandlade” patienterna. De har då möjlighet att utveckla ett förtroende för varandras arbete över tid. *”När det är en direkt personlig kontakt mellan en vårdplanerare på sjukhuset och kommunen så fungerar planeringen – när det är spridda skurar så fungerar ingenting.”* Kontaktpersonens professionstillhörighet är av mindre betydelse. Det som är mest angeläget är att kontinuiteten finns i de personliga kontakterna.

Enligt *casemetoden* räcker det inte med att klara ut *åtgärder, känslomässiga aspekter* och lyfta fram *strukturella problem*. Gruppen måste göra en djupare reflektion över hur *problemet uppstått* från början. Det innebär att de måste fokusera på hur och när den bristande tilliten mellan den kommunala personalen och Anna och hennes dotter börjat. Det finns en rad förgivettagna föreställningar i gruppen. Exempelvis är biståndshandläggarna övertygade om att den bristande tilliten har att göra med att de förde ett vårdplaneringssamtal utan att dottern var närvarande, samt att Anna och hennes dotter har ett relationsproblem.

Distriktssköterskorna menar att dottern vill visa att hon har makt över rummet genom att ibland inte släppa in dem i hemmet, och arbetsterapeuterna säger att de upplever att Annas dotter inte har tillit till deras profession.

### **Lösningen på situationen – att uppnå konsensus**

I början av dialogsamtalet talar personalen med varandra utifrån sina egna professionella utgångspunkter. Det kan illustreras av att biståndshandläggarna i första hand problematiserar fallet utifrån relationerna i familjen, medan distriktssköterskan fokuserar mer på Anna som enskild individ, utan att involvera den sociala miljön. Deras habitus tar sig även uttryck i att de ofta fokuserar på vilken lagstiftning som har tolkningsföreträde, på ett sätt som kan kopplas till deras jurisdiktion. Biståndshandläggarna anser att sociallagen inte beaktas i tillräckligt stort hänseende, medan distriktssköterskorna hänvisar till att hälso- och sjukvårdslagen har företräde. Det får som konsekvens att de hamnar i försvarsställning, genom att de försvarar sina respektive professionella habitus, vilket bidrar till en låsning i dialogen. Detta är något de själva sedan inser, när de fördjupar reflektionen i en gemensam dialog i fokusgruppen.

I personalens berättelser framträder ibland en sorts ”tävlan” om maktpositioner i rummet, som kan kopplas till deras professionella habitus. Biståndshandläggaren påpekar att den medicinska organisationen på sjukhuset hindrar dem att utveckla en tillit till Anna. De menar att om de skulle beredas möjlighet till ett ordentligt ”*samtal med berörda parter*”, så skulle problemet med familjen upphöra att existera. De känner sig underordnade av medicinerna och önskar hävda sin egen auktoritet, men ser sekretesslagen som ett hinder. De benämner situationen ”*ärende*”, vilket positionerar deras habitus, eftersom det begreppet inte används av de övriga. När vi talar om detta i fokusgruppen hänvisar biståndshandläggarna till sitt arbete som myndighetsutövande instans, samt hur de upplever att deras auktoritet undervärderas på sjukhuset. De menar att eftersom distriktssköterskorna ofta försvarar sjukhusets agerande, visar det att det ”medicinska” har tolknings-

företräde framför det ”sociala”. Vid en fördjupad reflekterande dialog ser de dock även sin egen professionella roll i dessa relationer, och kan därför ompröva sina förgivettagna föreställningar om distriktssjuksköterskorna.

Distriktssköterskorna positionerar sig genom att hänvisa till att arbetsdelningen i olika ansvarsområden inkräktar på deras möjlighet till *helhetsyn*. De menar att de har ansvar för patienten, till trots att de inte är närvarande i situationen. Deras ansvarstagande för den enskilde blir en emotionell belastning. Biståndshandläggarna, sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna får sedan sköterskorna att förstå att den enskilde måste tilldelas ett självbestämmande, och att sköterskornas emotionella engagemang i situationen beror på att deras professionella habitus grundar sig på ett annat rumsligt sammanhang. Samtidigt försvarar sköterskorna läkarkollektivet, i den stund som dessa angrips av socionomerna, trots att de formellt sett inte är underordnade någon medicinsk profession.

Arbetsterapeuterna berättar att de känner sig underordnade de andra professionerna, och försöker att positionera sitt habitus med att använda egna fackuttryck som, till exempel ”funktion”. De menar att många problem i fallet skulle lösas om de själva fick utökade möjligheter att biståndsbedöma rehabiliteringshjälpmedel. Samtidigt innebär denna analys av problemens orsaker att arbetsterapeuterna inkräktar på biståndshandläggarens professionella ansvar, utifrån rådande lagstiftning och ansvarsfördelning. I fokusgruppens dialog instämmer sedan biståndshandläggarna och sköterskorna med detta.

Positionerna och professionella habitus ligger till grund för att de inblandade personerna har olika antaganden om vad som är problemet i fallet. Det påverkar hur de ser på sig själva och på varandra i den uppkomna situationen. De koncentrerar sig först på att upprätthålla olika professioner gentemot varandra som professionella grupperingar, vilket inte ger dem något gemensamt svar på hur den bristande tilliten mellan Anna och personalen i hemsjukvården egentligen uppstått.

Men genom dialogen i casemetoden sätter personalen ord på de förgivettagna föreställningar som präglar deras habitus. Genom att strukturera upp problemet, och skapa tid för att bättre förstå varandras utgångspunkter, lyckas de föra en djupare reflekterande dialog med varandra som medmänniskor. De kommer fram till en gemensam syntes, som de sedan använder för att lösa problemet. I det här fallet får det som konsekvens att det kommunala teamet söker ytterligare fakta hemma i arbetsplatsen när de ska arbeta vidare med fallet.

Det visar sig att det finns en bakgrund i familjen med ett akut omhändertagande av ett av dotterns barn för flera år sedan, som ligger till grund för dotterns misstänksamhet mot sociala myndigheter. Efter att teamet, med gemensamma ansträngningar, fått fram mer fakta, konstaterar sedan personalen att den minskade tilliten mellan dem och familjen beror på att dottern genom biståndshandläggarens utredning uppfattar att den kommunala sjukvården känner till hennes tidigare problematik. Hon är nu orolig över att hennes mor ska tas från henne på ett liknande sätt. Detta har hon talat med kuratorn på sjukhuset om – men denna har tystnadsplikt gentemot det kommunala teamet. Det har heller inte skett någon kontakt i kommunen tidigare mellan socialtjänsten och distriktsköterskorna. Det fanns således en orsak till dotterns agerande som är sprungen ur en helt annan situation tidigare i livet. Det är med andra ord problemet med kommunikationen mellan olika rumsliga vårdsammanhang, kombinerat med sekretesslagstiftningens föreskrifter, som bidragit till att osynligöra det faktiska problemet.

Denna nya information leder till att samtliga deltagare börjar ifrågasätta det konsensus de hade i teamet från början, när de bedömt fallet utifrån en ”anhörigproblematik”. Genom dialogen mellan de tre kommunerna, med hjälp av aktionsforskningen och *casemetoden* sker en kunskapsöverföring i gruppen, som hjälper personalen att fungera bättre i relation till varandra, och som fram för allt hjälper dem att komma vidare i att åter bygga upp en tillit i relationen med Anna och hennes dotter. Personalen får nu en förstäl-



se för att de låser fast sig i förgivettagna föreställningar om en situation, och att de måste bearbeta sina egna uppfattningar innan de sätter fokus på det som är problemet i den enskilda situationen.

Det är således inte teamarbetet i sig som skapar en syntes som löser vårdssituationen med Anna. Snarare är det möjligheterna för de olika grupperna att framföra sina åsikter i en öppen och tillitsfull dialog.

## **Fall 2. Gränssnittet**

I ett annat fall berörs svårigheterna med gränsen mellan egenvård och inskrivning i hemsjukvården, det vill säga tröskelprincipen. I de fall där omsorgstagaren inte är inskriven i hemsjukvården, men har en personlig assistent enligt LSS, kan familjen inte förvänta sig stöd av distriktssköterskan, utan personen måste själv uppsöka vårdcentralen eller kontakta akuten vid behov av medicinsk hjälp.

Erik är en neurologiskt skadad och blind ung man som sitter i rullstol och bor hemma hos sina föräldrar. Han har svårt att kommunicera och svårt att äta själv. Han är inte inskriven i hemsjukvården på nuvarande tidpunkt, men är sedan tidigare känd av distriktssköterskan på orten. Hans omsorg sköts dagligen av en personlig assistent. Den unge mannens tillstånd försämras, men han kategoriseras fortfarande som en omsorgsperson med egenvård, och blir således inte inskriven i hemsjukvården. Försämringen yttrar sig i att hans epileptiska anfall ökar i styrka, vilket är en risk när han matas med sond. Den personliga assistenten har ringa utbildning i sådana frågor, och känner sig nervös över situationen. Vid akuta samtal med sjukvården som inträffar på kvällstid blir familjen hänvisad till olika instanser, och förvirring råder över vem som har det övergripande ansvaret. **Teamet från kommunen vill diskutera hur de ska hantera gränfallen i tröskelprincipen.**

### **Lag- och regelsystemen sätter gränser för förståelsen mellan professionella grupper**

Distriktssköterskan får ett samtal från sjukhuset om att den personliga assistenten har svårt att hantera Erik, för att hon saknar utbildning om sondmatning. Det får som konsekvens att sköterskan "frivilligt" åker hem till familjen, för att visa den personliga assistenten hur Erik ska sondmatas. Hon känner ett professionellt ansvar utifrån sin omvårdnadsprofession, trots att Erik inte är inskriven i hemsjukvården: *"vad ska man göra... personliga assistenten är nervös på grund av EP-anfallen"*, tänk om något hän-

der...”. När de ändå är på plats så lapiserar de mannen, ytterligare en åtgärd som enligt lagens ansvarsfördelning egentligen ska utföras av regionen. Den rullstolsbundna mannen förväntas ta sig till vårdcentralen med detta, eftersom han enligt gällande regelverk klarar sig med egenvård.

Distriktssköterskorna tar här en sorts arbetsgivaransvar för de personliga assistenterna, för att de känner ett ansvar för omsorgstagarens medicinska säkerhet. De uppger att de personliga assistenterna inte uppfattade sig själva som ansvariga i situationen, ”*annat än rent tekniskt*”. Primärvårdsläkare å andra sidan har inte heller det ansvaret, utan detta ligger på den enskilde individen, regionen rent allmänt, och på den arbetsgivare som har ansvar för de personliga assistenterna. Formellt är det ofta vårddagaren själv som står som arbetsgivare för den personliga assistenten, eller någon anhörig. Det innebär således att distriktssköterskorna tar på sig ett övergripande ansvar för omsorgen och den medicinska säkerheten, trots att det juridiskt betraktat inte är deras uppgift. Det finns en tydlig ambivalens hos sköterskorna om hur de ska hantera olika akuta situationer i relation till detta.

Det är inte ovanligt att omsorgstagare på liknande sätt faller mellan stolarna i bedömningen av huruvida de ska vara inskrivna i hemsjukvården eller lyda under egenvårdprincipen. Egenvården kan i sådana här fall vara beroende på en specifik situation som uppstår för en individ, mer än på en grundläggande diagnos eller ”tillstånd” hos omsorgstagaren. I detta fall går regelverket emot distriktssköterskornas professionella föreställning om vad som är god omvårdnad. Det innebär att de ibland tar strid emot det regelverket, för att en människa ska få en bra vård. ”*Ja, jag tänkte redan då att nu är jag ute på hal is... han skulle kunna åka till vårdcentralen och lapisera*”. Det regelverket som sätter gränser mellan hemsjukvård och egenvård ger inte utrymme för den helhetssyn som eftersträvas i distriktssköterskornas profession. Deras legitimation grundar sig på att de ska bedriva omsorg utifrån ett humanistiskt synsätt. Detta förutsätter bland annat att de kan se till en människas hela vårdbehov. Regelverket tenderar däremot att fragmentera ansvaret.

## Det professionella rummet och platsen för omvårdnaden

Den personliga assistenten blir en kväll djupt oroad av Eriks upprepade epileptiska anfall, så familjen ringer *sjukvårdsupplysningen*. Av sköterskan som tar emot samtalet får de svaret att ringa hem till distriktssköterskan för en bedömning. När distriktssköterskan då blir uppringd, svarar hon att de inte har den möjligheten, eftersom Erik inte är inskriven i hemsjukvården. Då brister familjens förtroende för kommunen. Det är således inte endast andra gruppers föreställningar som präglar bilden av distriktssköterskornas arbete. Även deras egna kolleger i sjukvårdsupplysningen har ibland svårt att förstå regelverket, och skillnaden mellan att arbeta i hemsjukvård och på en institution, som exempelvis vårdcentral eller sjukhus. ”*Det finns inga tydliga riktlinjer för vad andra yrkesgrupper ska förvänta sig av oss. Vi som distriktssköterskor ska göra allt. Rubbet!!!*”

Den personliga assistenten blir upprörd och känner sig utelämnad. Sköterskan som har svårt att helt lämna familjen ensam med problemet ser två alternativ. Det ena är att försöka nå specialisten på sjukhuset, en närmast omöjlig uppgift klockan 22.00 på kvällen. Den andra är att säga till den rullstolsbundna mannen att åka in till akuten.

Det finns en förväntning från sjukhuset att man alltid ska kunna ringa till kommunen, och få allt fixat, menar kommunens personal. Ofta är det korta handläggningstider och snabba beslut vid hemkomsten, såvida det inte ska till en ordentlig vårdplanering, det vill säga i de fall där personen ifråga är inskriven i hemsjukvården. En förklaring till detta menar distriktssköterskorna är att de som arbetar på olika kliniker delar upp människor i olika funktioner som ska utföras. Men det kan inte vi göra – en människa består av en helhet, menar de.

Ytterst är det regionen som har ansvar för att, när de skickar hem Erik, de personliga assistenter som tar hand om honom är rätt utbildade. Det förutsätter öppna kontaktytor och bra relationer mel-

lan regionen och kommunen, samt även att sjukhuset vet vem de ska vända sig till. ”De måste vara kompetenta... ja jag menar de personliga assistenterna. Men de är så många... och en del av dem väljer ju sina egna ...det är ett problem... På dagtid har många kommuner en LSS distriktssköterska som har ansvaret... men det fungerar inte alltid när saker ska lösas snabbt och akut. Dessutom verkar det som bilden som läkarna har är att det är kommunen som har det övergripande ansvaret för allt i hemsjukvården – de koncentrerar sig på det snävt medicinska – men allt hänger ju ihop!!!”

Eftersom Erik inte är inskriven i hemsjukvården har ingen riktigt ansvar för hans hälsotillstånd. I detta fall hade Erik föräldrar som kunde kontrollera detta, men vad händer i de fall där det inte finns några nära anhöriga?

### **Professionernas syn på situationen**

Sjukhuset hade tagit kontakt med en vikarierande distriktssköterska inför Eriks hemgående, och påpekat att kommunen behövde utbilda de personliga assistenterna. Det är regionens ansvar enligt förordningarna, och inte den enskilda sköterskans. Men vid den tidpunkten som problemet blev akut fanns ingen annan att fråga, och sköterskan valde då ändå att ta saken i egna händer. Distriktssköterskorna pekar på att de inte fanns någon anamnes att basera sig på. Ingen medicinsk bedömning var gjord i frågan, så att de kunde ta ställning till vad som skulle göras när Erik blev sämre. ”Jag funderade mycket på vem som ska göra vad – sen tog detta för lång tid så Anna gick hem till honom, eftersom hon kände honom sedan tidigare, och visade dem tekniskt hur de skulle göra med matningen. Det fanns ju inga papper skrivna på vem som skulle göra vad – och ingen handlingsberedskap liksom, om det händer något”.

Ibland tar distriktssköterskorna beslut om omvårdnadsåtgärder, för att de inte orkar reda ut beslutsgången. Tiden det skulle ta att följa de formella gångarna kan bli helt orimlig eller direkt hälsofarlig. Det händer ganska ofta i den kommunala omsorgen att skö-

terskan får ett fax eller ett telefonsamtal från vårdcentralens läkare. Det uppstår svårigheter när de inte känner personen sedan tidigare och denna är nyinskriven i hemsjukvården. Det kan gestalta sig på följande sätt enligt sköterskorna: *”Läkaren säger/skriver Du kan väl ta ett HB (blodvärde) tidigare, utifall han inte mår så bra. Hur ska jag veta att han inte mår så bra? Den tillsyn vi har på mannen är att han får ett besök i veckan där vi mäter hans blodtryck”*.

Distriktssköterskorna menar att det ibland går lika mycket tid till att se vem som ska betala och ansvara för vissa bitar i omsorgen, som det tar för dem själva att utföra uppgiften. De anger därför tidsbrist som skäl till att de utför en del omvårdnad som egentligen skulle utföras av regionen. En av sköterskorna i gruppen uppger att de kan få upp till fyra sådana samtal eller fax om dagen, där det förväntas att hon ska göra uppföljningar och behandlingar som inte riktigt ingår i det hemsjukvårdsuppdrag som varit från början. *”Vi tar över mycket bitar som vi inte ska göra enligt avtalen. Detta kommer mer och mer i kommunerna.”* Det innebär att gränserna för betalningsansvar och åtaganden förskjuts, och i förlängningen kan det leda till ökade utgifter för den kommunala omsorgen.

Rehabiliteringspersonalen menar liksom de övriga att det är problem med tröskelprincipen, eftersom det är situationsbetingat hur vårdtagaren mår. Ena dagen kanske det går alldeles utmärkt att ta en taxi själv till vårdcentralen, men den andra dagen är personen darrig, har lågt blodvärde, och då är det svårt att stå på benen. *”Ska vi då åka hem till dem?”* Det är inte självklart detta med egenvård menar de, vilket kommer till uttryck i fallet med Erik. *”Läkarna på vårdcentralen tycker att det ska lösas genom att vi bedömer patientens hälsa. Men de bor i eget boende och vi har bara sporadisk tillsyn, vi ser dem inte dagligen. Dessutom har vi inte den kompetensen som arbetsterapeuter, vilket innebär att vi måste diskutera detta med den sköterska som finns, men hon har egentligen ingen skyldighet att göra detta, om inte personen ifråga är inskriven i hemsjukvården. Det är gränsfallen som är svåra. En människa som är uppe och går är inget problem, det är*

*en självklarhet när de ska bedriva egenvård och när de ska ha hjälp.”*

I fallet med den neurologiskt skadade yngre mannen innebär egenvården att sköterskan formellt sett inte ska gå in och göra någon åtgärd. Men distriktssköterskan är tidigare känd hos familjen, eftersom Erik en tid var inskriven i hemsjukvården. Hon har under den tiden byggt upp en tillit mellan sig och Erik, som nu raderas av regelverket. Sköterskan mår inte bra emotionellt av att inte kunna biträda Erik i en akut situation.

Distriktssköterskornas handlingar bygger inte på snabba beslut och struktur. Snarare hävdar de att det är en svårighet ibland att få andra personalgrupper att förstå att grunden för en god omsorg byggs gentemot den människa som de ska vårda över en lång tid. *”Vi kan inte tvinga någon till omsorg – då håller det bara en eller två veckor. Det är skillnad att verka i människors hem. De måste lära känna oss först, sedan kanske man får göra en insats.”* Men när vi känt någon över tid och byggt upp en tillit till den personen, så kan vi inte bara bryta av den, fast de inte längre är inskrivna i hemsjukvården – utan ska ha egenvård.

Biståndshandläggarna diskuterar problemet, men ser inte gränsdragningarna utifrån samma problembild som sköterskorna. *”Distriktssköterskan borde inte ha gått till patienten från första början, då hade de satt en gräns för vad de skulle göra som var tydlig även för familjen.”* De menar att det finns en tydlig ansvarsfördelning formellt sett, men förstår att det är svårt att förhålla sig till detta när de står i en akut situation. Biståndshandläggarna relaterar till att strukturerna runt Erik har brustit i planeringsarbetet, snarare än fokuserar på den medicinska försämring som var orsaken till problematiken. Det innebär i praktiken att de menar att en adekvat utförd biståndsbedömning (det vill säga deras eget arbete) skulle lösa problemet.

Distriktssköterskorna har även svårt att sätta gränser gentemot läkargruppen, menar biståndshandläggarna. De hänvisar till exempel i vårdplaneringen. Biståndshandläggarna menar att den ska

vara mer omfattande socialt, och att det ofta fattas snabba beslut i vårdplaneringsärenden, där medicinsk personal inte alltid reflekterar över följdkonsekvenser för besluten. I detta fall är det tydligt att den personliga assistenten behöver utbildning, menar de. En fråga som borde ha lösts i ett tidigt skede, inte när omsorgstagarens hälsa hastigt försämras.

Rehabiliteringspersonalen och distriktssköterskorna reagerar med frustration inför problemet, medan biståndshandläggarna försöker ringa in ansvarsområdet formellt, och lämnar emotionerna utanför sitt resonemang. Det kommunala teamet är dock eniga i att tröskelprincipen inte fungerar. Och att det finns en skuggeffekt av det beslutet, som innebär att många personer kommer i kläm, eftersom de inte ”passar in” i vårdmodellen. Det gör personalen frustrerade, och får dem att tappa förtroende för det politiska systemet rent allmänt, när teori och praktik inte riktigt hänger ihop. Det innebär samtidigt att de inte ser sin egen roll i den förändringen, eftersom deras professioner har andra värderingsnormer av tradition. Det får till följd att de låser sig inför den strukturella problematiken, i stället för att lösa de praktiska problem som de har möjlighet att lösa på själva arbetsplatsen i den uppkomna situationen. Låt oss nu se om de kan komma till någon lösning i vad de kan göra, med hjälp av *casemetoden*, och en reflekterande dialog mellan professionerna.

### **Dialogen och kunskapsöverföringen mellan professionerna**

Efter en genomgripande reflektion, där personalen diskuterar fallet mer i detalj utifrån de riktlinjer som råder på deras arbetsplats, framkommer att det råder olika tillvägagångssätt gentemot primärvård och slutenvård, beroende på vilken kommun de tillhör. I en av de medverkande kommunerna har vård- och omsorgsförvaltningens ledning och personalen kommit överens om att distriktssköterskorna ska ha remisser från läkarna om de ska göra en insats. ”*Det är slut på framtidsordinationer – inget KAD byte om en cirka 3 veckor – läkarna ska ordinera detta med en tydlig remiss.*”



Distriktssköterskorna från den kommunen menar att detta hjälper dem att sätta klara gränser, och menar att det dessutom besparar dem de svåra emotionella situationerna i arbetet, eftersom de kan hänvisa till ett centralt beslut som är tydligt. Det har även hjälpt dem att få mer struktur på gränsdragningar generellt, och gett dem en tydlighet gentemot medicinarna. Visserligen är det inte givet att vårdtagare då också får den hjälp de behöver, men sköterskorna belastas inte längre genom systemets tillkortakommanden.

Biståndshandläggarna från de andra kommunerna håller med om att det vore ett bra sätt att *”lösa svåra gränsdragningar”*. Biståndshandläggarna tar också upp att sjukvårdsupplysningen faktiskt ska hänvisa människor som ringer till deras vårdcentral, inte till kommunens distriktssköterska i första hand. Distriktssköterskorna i gruppen intar då en försvarsattityd gentemot sina kollegor i sjukvårdsupplysningen, som de menar har ett pressande arbete. *”Hur ska de veta att denna person har egenvård, menar de, (befolkningen) förstår ofta inte heller hur systemet fungerar.”*

En av sköterskorna menar att i dessa gränsfall och för de som har kroniska sjukdomar måste det finnas en handlingsplan från början angående vad olika instanser kan förvänta sig av varandra. Detta påpekades även tidigare av biståndshandläggarna. Det som framkommer i dialogen är att de olika personalgrupperna nu söker konsensuslösningar, inte rivaliserar om vem som har *”rätt”*, eller vilket ansvarsområde de har utifrån sin profession. Dock är det så att sjuksköterskegruppen, som befinner sig närmast de människor de ska vårda, har störst problem, eftersom de känner att de går emot sina professionella värderingar om vad som är god omvårdnad.

Enligt *casemetoden* är det viktigt att klargöra skillnaden mellan vad de själva kan ändra på, och vad som är mer strukturell problematik och därför bara kan ändras genom en kollektiv insats. Den reflekterande dialogen kom i stor utsträckning att handla om hur deras arbete påverkas av strukturer, exempelvis gränssnitt och tröskelprinciper. *”Tröskelprincipen fungerar på papperet men inte i praktiken, det finns ingen samstämmighet hur kommunerna*

*förhåller sig till den – undra på att folk är förvirrade – de hör väl från vänner och bekanta, och flyttar de själva så de ser olikheter-na i regionen.”* I detta fall blir samtalen starkt känsloladdade.

Personalen tycker att de blir hårt drabbade och stigmatiserade i samhället, eftersom beslutet om tröskelprincipen innebär att de hamnar i märkliga situationer, där de måste försvara systemets konsekvenser mot den enskilde medborgaren. Det slår sönder deras förtroendekapital, menar de, och minskar tilliten till deras olika professioner, eftersom allmänheten inte är ordentligt informerad om vad det är som gäller.

Egenvården bedöms olika i kommunerna, vilket gör allmänheten förvirrad menar personalen. I ett fall som Erik, menar en kommun att behovet i realiteten styrs av hur läkaren bedömer att den enskilde omsorgstagaren kan tänkas klara sin situation, medan i en annan kommun är det den personliga assistenten som bedömer behovet av hjälp till den enskilde. Likadant gäller personliga larm i hemmet. I en kommun åker sköterskan ut till hemmet om de larmar, såvida larmet är biståndsbedömt. Andra kommuner sätter stenhårda gränser för att det är bara de omsorgstagare som är inskrivna i hemsjukvården som får besök av sköterska.

Dessa skillnader beror förmodligen på personella resurser och ekonomiska ställningstaganden, och kan bidra till lokala skillnader i hälsotillstånd hos befolkningen. Försämrad tillgänglighet till vård påverkar givetvis trygghetsaspekter och därmed tilliten till närsjukvården totalt i regionen. Skillnaden mellan kommunerna måste vara frustrerande för regionen, menar personalen. De efterfrågar en bättre samordning.

Vi reflekterar då lite djupare i gruppen om de kommunala olikheterna i befolkningsstruktur, och möjligheter att verka utifrån den faktiska situation som råder. Personalen inser att det inte kan fungera på samma sätt överallt, och att likvärdig vård inte alltid betyder detsamma som likadan omsorg. Det som de däremot vill framföra till den referensgrupp som är med i projektet är att skill-

naderna mellan kommunerna måste kommuniceras utåt – till medborgarna – på ett tydligare sätt än idag.

Personalen tar även upp en annan aspekt i tröskelprincipen som skapar tillitsproblem mellan dem och befolkningen, som i fallet med Erik. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter påpekade tidigare hur svårt det kan vara att bedöma en människas förmåga till rörlighet och förflyttningar utanför hemmet. En av distriktssköterskorna tar åter upp denna diskussion i gruppen. ”*Det kan vara så att jag ska ge omvårdnad till en 80-årig gammal dam, som är inskriven i närsjukvården. På samma gård bor också hennes make (även han i 80-årsåldern). Han har ett litet bensår på höger ben som ska läggas om var 14:e dag, men har egenvård, vilket innebär att han ska göra detta på vårdcentralen. Det innebär att han ska ha färdtjänst, och få såret omlagt inne i staden två mil bort. En kostnad som torde vara betydligt dyrare för samhället. Som det nu är så blir det lätt att vi gör detta ändå... när vi ändå är hemma hos dem... men vi får egentligen inte, för vi ska sätta gränser... men när man står därute så är det inte så självklart. En annan sköterska berättar om en absurd situation, där hon får dela makens tabletter, men inte hans frus, eftersom hon bedöms kunna göra detta själv.*”

Gruppen reflekterar sedan över detta med att se till den enskilda individens behov, och inte till det sociala sammanhanget. Tröskelprincipen bedöms utifrån den enskilda individen, men ser inte till den sociala situationen för familjen. Varför kan inte bedömningen göras utifrån en helhetsbild av familjen, undrar någon?

”*Jag tror heller inte att Eriks personliga assistent eller hans föräldrar skulle bry sig vem som gav dem utbildning eller fanns där att hjälpa Erik i en akut situation, säger en av distriktssköterskorna. Det ser vi ofta på många av våra äldre – de ser inte skillnad på våra professioner, utan de ser människan bakom. När de får problem ringer de till den som de har tillit till – och så får vi skicka dem rätt i systemet. Utbildningarna borde ha en gemensam grund, menar gruppen, så att vi kan samarbeta bättre och ha liknande förutsättningar. Man kan också undra över hur vården ska*

*se ut i framtiden. Det är så många svårt sjuka som bor hemma som kräver mer avancerad vård i hemmet. När vi är samma personal under lång tid fungerar det – men det tar tid att bygga upp ett samarbete. Det är nog lättare för mindre kommuner – det blir en annan överblick”.*

### **Lösningen på situationen – att försöka förändra hierarkiska positioner**

Även i detta fall kan det urskiljas olika professionella habitus, som styr individernas handlande. Distriktssköterskorna ser sig själva som den yrkesgrupp som tar ansvar och räddar situationen, när strukturerna runt Erik inte fungerar. Det gör dem – precis som vi diskuterade i första fallet – emotionellt påverkade, men stärker samtidigt deras professionella habitus och därmed deras position. Sköterskorna hänvisar även här till arbetsdelningen som ett problem, och understryker att människan ska ses i ett holistiskt perspektiv. Mycket av dialogen i fokusgrupperna har berört varför sköterskorna tar på sig mer ansvar än de andra professionerna i teamet.

Distriktssköterskorna tar i Eriks fall även på sig ett självutnämnt arbetsgivaransvar, som biståndshandläggaren påtalar inte är deras ansvar, formellt sett. Biståndshandläggarna för en dialog om att distriktssköterskorna är underordnade medicinarna, på ett sådant sätt att det leder till problem med ansvarsfördelning runt Erik. Både rehabiliteringspersonalen (arbetsterapeuter och sjukgymnaster) och sköterskorna hävdar då att de har en underordnad position gentemot primärvårdsläkarna i praktiken. De menar att detta beror på att dessa inte förstår rumsliga skillnader i deras arbete. Det är skillnad att bedöma en människas behov i hemmen, menar arbetsterapeuterna. Förändrade situationer som uppstår i vardagen påverkar även funktionsnedsättningen. Behovet av hjälpmedel kan därför skifta från en dag till en annan beroende på hälsan för dagen, skiftande förutsättningar i platsen de bor på och tillgängligheten till närstående. Arbetsterapeuterna anser dessutom att de har en sämre positionering både till läkaren, biståndshandläggaren och till distriktssköterskan, eftersom de inte har befogenhet att

göra hälsobedömningar. Samtidigt hävdar de sin rätt att se till situationen, och framhäver att de bättre kan se den enskildes behov i den situation som föreligger i hemmet. I detta fall påtalar deltagarna redan tidigt i mötet med fokusgruppen att olika professionella habitus skapar olika positioner, som försvårar vården runt den enskilde, och samtidigt försämrar deras egen arbetsmiljö.

När de sedan reflekterar med varandra med hjälp av casemetoden, sker en ganska tydlig kunskapsöverföring mellan professionerna. Distriktssköterskorna förflyttar sitt fokus mer till den sociala omsorgen, och ett perspektiv på omvårdnad på ett sätt som innebär att det uppstår en konsensus i hela gruppen. Sjuksköterskorna instämmer i att de har sett på sig själva som underordnade till läkarna, och förstår hur detta påverkar deras arbete i praktiken. Det får dem att konstatera att positioner mellan professionerna och professionella habitus borde upphöra i närsjukvårdens organisation. Denna insikt tar sig sedan uttryck i att hela gruppen hävdar att människorna som ger vård och omsorg i närsjukvården borde ha en gemensam utbildning.

Det som också uppkommer i den reflekterande dialogen i hela fokusgruppen är att personalen hittar en gemensam orsak utanför gruppen, som förklaringsfaktor till Eriks problem. I detta fall innebär det att de för en diskussion runt olika formella politiska och ekonomiska beslut. Det rör sig dock om strukturer som personalen inte kan påverka i sitt praktiska arbete, på kort sikt.

Två sådana exempel är: Beslutet om tröskelprincipen, samt människors olika möjligheter till vård och omsorg utifrån geografisk bostadsort. Personalen kommer även med förslag på lösningar såsom: ”*att ta mer hänsyn till hushållet i bedömningar av vårdinsatser; förändra utbildningen för att få en gemensam grund, samt ge befolkningen ökad information om de konkreta förhållandena i den egna kommunen.*”

Den strukturella problematiken som personalen framfört i fokusgruppen diskuterades sedan i referensgruppen. De medverkande tjänstemännen är väl medvetna om att det finns strukturella svå-

righeter. Regionen menar att en del problem i fallet med Erik kommer att lösas med att *primärvården får ändrade öppettider, kvällar och helger*. Flera av dem tar även upp frågan om *läkar-kompetens i kommunerna*, vilket de flesta i referensgruppen menar skulle lösa en del problematik. Socialförvaltningarna arbetar med att *få bort stuprörstänk*, men en del av detta hör samman med lagstiftning, som då måste ändras, så det är en komplicerad process.

Regionens företrädare för en dialog om framtidens sjukvård, där den slutna vården måste ut mer i kommunerna . Ett förslag är att skapa *expertteam* för de som är svårast sjuka. Idag finns palliativa team som besöker sjuka människor i deras hem. Någon liknande organisation kan på sikt eventuellt organiseras för andra sjukdomstillstånd.

Den bild som målas upp av framtidens närsjukvård i Skåne av företrädare på strategisk nivå innebär en aktiv fokusering på att *förstärka den medicinska kompetensen*, och en *fokusering på olika funktionella enheter*. Förståelsen för komplexiteten i de rumsliga skillnaderna mellan sjukhusvård och hemsjukvård, eller frågan om olika maktpositioner beroende på professionstillhörighet, diskuteras inte. Däremot förs en dialog om att det råder olika diskurser – en medicinsk diskurs kontra en social diskurs i närsjukvårdens organisation. Någon menar att lösningen på detta är en långsam process, där en sammansmältning borde ske över tid mellan de skilda diskurserna. Samtidigt sätter referensgruppen störst tillit till att de professionella grupperna med starkast position i rummet ska vara de som ”löser” en del av problematiken i närsjukvården, trots att detta knappast hjälper på den bristande förståelsen och tillit som konstaterats.

### **Fall 3 Social eller medicinsk problematik?**

Avser en äldre insulinbehandlad kvinna, Sara, som vårdplanerats för att få insatser i hemmet enligt HSL, det vill säga hon ska få hjälp med insulingivningen av distriktssköterskan två gånger om dagen. Hemma hos kvinnan bor hennes ALS sjuke son David, och dennes 9-årige son Jens, som hon känner stort ansvar för. Sonen är inte tillräckligt sjuk för att vara inskriven i hemsjukvården, men kommer att dö i sin sjukdom. Den äldre kvinnan har erbjudits hjälp med matförsörjning (det vill säga hemtjänst) på grund av sin diabetes, men avstår. Kvinnan är mycket stressad av situationen i hemmet, och det får som konsekvens att hennes blodsocker svänger mycket under dygnet, vilket är medicinskt oacceptabelt i längden, och påverkar hennes allmäntillstånd i nuläget. Distriktssköterskorna försöker anpassa insulindosen i hemmet efter de förutsättningar som råder för dagen, och inom deras medicinska kompetens och möjligheter. När de påpekar den sociala problematiken för diabetesmottagningen på sjukhuset möts de av oförståelse. De anser att familjen fungerar dysfunktionellt, men har svårt att ingripa, eftersom kvinnan endast ska ha hjälp med sjukvårdsinsatser enligt HSL. **Teamet från kommunen vill försöka lösa problemet med det svängande blodsockret, så att de kan ge Sara en god omvårdnad.**

#### **Lag- och regelsystemen sätter gränser för förståelsen mellan professionella grupper**

I detta fall syns en tydlig koppling mellan professionerna och lagstiftningen. Distriktssköterskorna är de som är inblandade i fallet rent konkret ifrån teamet. De har till uppgift att se till att Sara får sitt insulin två till tre gånger om dagen, vilket faller under HSL (Hälso- och sjukvårdslagen). Det som är problematiskt för dem rent medicinskt är Saras svängande blodsocker. Det som däremot orsakar denna medicinska problematik är socialt och rumsligt. Sara blir uppjagad och stressad av hur samarbetet och fördelningen av arbetet sker i hemmet, vilket är socialt relaterat, och går

under sociallagstiftningen – ett område som inte distriktssköterskorna behärskar på samma sätt.

Eftersom Sara inte vill ta emot hemhjälp, talar sköterskan med sonen. Men denne verkar ha svårt att förstå, och hon är osäker på hur mycket och vad han uppfattar i samtalet. *”Ser du om din mamma äter frågar jag... det måste hon för blodsockret är så lågt nu att hon kan tippa av annars. Ja det gör jag, säger han”*. Men det syns ingen skillnad nästa gång de kommer. Distriktssköterskorna försöker då kontakta socialförvaltningen och socialsekreteraren som har hand om familjen. *”Vi försökte kontakta socialsekreterarna på socialförvaltningen angående David (pappan), men det var total sekretess, enligt sekretesslagen – det enda de ville säga var att familjen var känd. Vi vet inget vad som görs i förhållande till familjen och får inget veta – socialsekreteraren skyller på sekretessen. De är som musslor!!!”*

Eftersom distriktssköterskorna ser att det råder en social problematik i hemmet där en minderårig är inblandad, bestämmer de sig för att göra en skriftlig anmälan till socialsekreterarna om vad de gjort hos familjen, och pekar på att de tror att pojken behöver tillsyn och hjälp. Distriktssköterskan arbetar under HSL, och kan därför inte fatta beslut enligt SOL (sociallagen). Det syns samtidigt en tveksamhet från socialsekreterarnas sida att ge information, på grund av sekretesslagen.

Biståndshandläggarna och rehabiliteringspersonalen i teamet har inte varit inblandade i fallet, eftersom modern bara bedömts ha ett behov av insatser enligt HSL. Många av distriktssköterskorna hävdar att den sociala organisationen är större och viktigare i den kommunala sektorn. De kommer i kläm menar de. Sociallagstiftningen är viktig, men det är även HSL. Socionomerna, å andra sidan, känner inte distriktssköterskorna, och är skeptiska inför att lämna ifrån sig uppgifter till HSL-personal. *”De sätter fortfarande käppar i hjulet eftersom de är så starkt knutna till det sociala och misstror oss för vi är HSL-personal. Det holistiska finns ju bara på papperet. Organisationen och lagstiftningen säger något annat.”* Men det är inte bara själva lagtexten som sådan, utan



även hur de olika professionerna blivit skolade i att använda språket och olika begrepp. Det innebär bland annat att de tolkar olika lagar och förordningar olika, samt att de har olika "fackuttryck" som inte förstås av respektive grupp. *"Samtidigt är det svårt att bara läsa sig till saker... det handlar om så olika tolkningar på ett problem. En del biståndshandläggare kan inte läsa medicinska diagnoser till exempel, utan behöver hjälp att tolka detta av sköterskorna. Det är inte bara att läsa rätt av."*

### **Det professionella rummet och platsen för omvårdnaden**

Saras blodsocker fortsätter att svänga. Sköterskorna anser att de ska byta insulinsort, inte med tanke på den ursprungliga medicinska diagnosen, men i förhållande till hur hennes tillstånd påverkas av hemsituationen. I vanliga fall brukar det räcka med att justera insulindosen något, efter att en människa kommit in i sina egna rutiner i vardagen i sin hemmiljö. Men det förutsätter naturligtvis att den sociala miljön i hemmet fungerar adekvat. För Saras del handlar det om att lägenheten har blivit för trång, eftersom det nu lever tre personer där, som dessutom sover i samma rum. Sara känner ansvar för familjen, eftersom sonen är så pass sjuk, och hon är djupt oroad över hur det ska gå med pojken. Det innebär att hon har en väldigt hög stressnivå, som sedan förvärrats av att hon inte hinner med att sköta om sig själv. *"Man kommer hem till en liten gumma – jättegullig – men helt uppstressad. Svetten rinner om henne, hela lägenheten full med flyttkartonger som sonen haft med sig, i sovrummet ligger han och sover, och där finns ofta den 10-årige sonen för han är lite tillbakadragen"*.

Eftersom de inte fått någon hjälp på socialförvaltningen, vänder sig distriktssköterskorna till sjukhusets diabetesmottagning, som ordinerat Saras insulin. En anledning till detta är att de vill diskutera om inte det vore bra att ändra Saras insulinsort, med tanke på hennes hemsituation. *"De förstår inte när vi försöker förklara hur hon har det hemma och hur det påverkar hennes diabetessjukdom. De säger att kommunen får väl ta itu med det sociala, och vi har ju riktlinjer för att ändra riktvärdena vid svängningar. För dem handlar det bara om att manipulera med insulinet – men så*

*mår hon därefter och hemsituationen är gräslig!! Det är jättejobbigt att se”.*

Distriktssköterskorna i kommunen menar att deras kollegor på sjukhuset ser det som en knäpp på näsan när de ifrågasätter någon ordination. *”De sa rakt ut att det ska vi inte lägga oss i. De ser inte personen i hemmet, utan bara när hon är på mottagningen eller sjukhuset. När Sara låg inlagd säger de, då kontrollerade vi ju hennes insulinsort, och det fungerade bra, så det är väl bara för er att justera detta efter behov hemma, svarar de oss. Men när hon var inlagd på sjukhuset så fick hon ju mat regelbundet. Hon var inte utsatt för denna sociala stress, och glömde att äta och får dessa farliga svängningar. De måste förstå att allt är annorlunda hemma. Och vi kan inte vara där var gång hon ska äta något”.*

Detta är ett utmärkt exempel på hur svårt det är att dela upp sociala och medicinska frågor i hemsjukvården. Det medicinska kan inte skiljas från det sociala, och det sociala påverkar även det medicinska.

Utifrån sina olika professioner lägger personalen större vikt åt den ena eller andra diskursen (social eller medicinsk). Det uppstår därmed olika tolkningsföreträden i vården, som ofta har sin utgångspunkt i de rum som de olika professionerna verkar i, och deras maktposition i det rummet.

Denna spaltning av funktioner och diskurser blir ett problem för personalen i den kommunala omsorgen, eftersom det är helt enkelt omöjligt för dem att inte ta hänsyn till helheten hos människan, när de bedriver omvårdnad i hemmet. Precis som i fallet med Sara, blir det tydligt hur människans hälsa beror på den sociala såväl som den fysiska miljön i hemmet. Sjukvårdens institutioner, såsom sjukhusen i den slutna vården, tenderar att utgå från individen, och ser sedan i bästa fall på vilka resurser som finns runt patienten när de kommer hem. Men att tänka holistiskt är något helt annat. Det innebär att omvårdnaden även tar utgångspunkt i hur människan och hennes hälsa formas av den plats där de befinner sig.

## Professionernas syn på situationen

När biståndshandläggarna hör om fallet, så menar de att det måste vara hälso- och sjukvården i regionen som tar ansvaret, eftersom den medicinska säkerheten är hotad på sikt. *”Jag tycker att sköterskorna måste ringa till den läkare som skrivit ut insulinet. Det är en hemsituation som inte fungerar och den medicinska säkerheten är hotad.”* Det är sett utifrån deras synvinkel ett medicinskt problem, som är överordnat det sociala i detta fall.

Sköterskorna säger att de inte vågar släppa taget om Sara, bara för att ingen tar riktigt ansvar för hennes insulinsvängningar. De anser att om kommunen inte utövar adekvat tillsyn på Sara, så riskerar hon att bli svårt sjuk. *”Om vi släpper henne... så dör hon ju... så enkelt är det. Hon är så utlämnad man får lust att krama om henne. Hon kommer ner och öppnar när vi kommer på eftermiddagen. Från femte våningen. Å, så ser jag på henne... hon är röd-kindad, genomsvechtig och nyvaken. Jaha, tänker jag... Hon har jättelågt blodsocker... och mycket riktigt det hade hon...”* Sköterskorna blir påverkade av detta, och känner att de kommer i en situation där de måste välja mellan att inta ett humanistiskt förhållningsätt till vårdtagaren, eller gå efter regelverket. Dilemmat påverkar dem emotionellt och ger dem ett minskat välbefinnande på sin arbetsplats.

Distriktssköterskornas frustrationer resulterar bland annat i att de funderar över om det vore bättre att tala med vårdcentralen om Sara. *”De har mycket större förståelse för vårt arbete på vårdcentralen, även om vi är kollegor med distriktssköterskorna på sjukhusets diabetesmottagning. Man får lust att gå och lista henne där... börja om så att säga”*.

Biståndshandläggaren tycker att man ska ge bistånd i form av hjälp av hemtjänsten. Ett medicinskt problem i det sammanhanget är att sköterskorna inte törs delegera insulingivning till undersköterskorna, på grund av Saras insulinsvängningar. Det innebär att sköterskorna måste själva vara på plats och se att Sara äter något

när de upptäcker ett riktigt lågt blodsocker. De är annars rädda för att något händer henne. ”*I söndags hade jag fyrtio samtal och en massa akuta besök att göra, och så den här lilla gumman. Hon är så stressad så man måste få henne att stressa av, och då måste man ha tid att sitta och prata med henne en stund... så hon får lätta på sin oro... och så att hon börjar äta frukost innan man går... och mitt i allt detta så känner jag... jag har inte tid med den omvårdnaden*”.

Teamet är eniga om att det inte går att skilja på det medicinska och sociala i detta fall, utan att hela problematiken hänger samman på ett sådant sätt att dessa bägge ”diskurser” snarare påverkar varandra ömsesidigt. Situationen som Sara är i har därför betydelse i omvårdnaden om henne. Platsens betydelse är central, eftersom det är Saras hemmiljö som påverkar henne. Det sociala vävs ihop med platsen där hon befinner sig och hennes fysiska åkomma på ett sådant sätt att det är omöjligt att kategorisera det i det ena eller det andra.

### **Dialogen och kunskapsöverföringen mellan professionerna**

Dialogen kring detta fall berör hur personalen i teamet ska kunna komma till en lösning, eftersom alla professionsgrupper inte varit inblandade i fallet tidigare. De tar hjälp av varandras olika professionella förståelse för att nå en konsensus i gruppen. När de använder *casemetoden* för att reflektera över problemet, framkommer att själva kärnproblemet (om man bortser från strukturella problem mellan slutenvården och distriktssköterskorna) är Saras oro och ångest över sin hemsituation. De diskuterar sig då fram till tre områden som de behöver åtgärda, för att vården och omsorgen runt Sara ska bli bättre. Dessa är: *Matfrågan*, *Bostadsfrågan*, samt *Ansvarsfrågan*.

De diskuterar först om de har alla fakta. Biståndshandläggarna undrar över om det är Sara som lagar all mat i hemmet. Sköterskorna som varit där anser att så är fallet för det mesta. Sonen är för dålig, och verkar inte kunna hantera matlagningen menar sköterskorna. Biståndshandläggarna anser då att Sara återigen ska er-

bjudas bistånd med hemtjänst, och fokusera på att hon ska få hjälp med matlagning eller distribution av mat, så att Sara får sin kost regelbundet. På så vis skapas en struktur i vardagen, så att det blir ordning på kosthållningen, vilket hjälper Sara att få mindre blodsockersvängningar.

Distriktssköterskorna håller med, men menar att Sara har en fri vilja, och att hon nekat att ta emot hemhjälp. Fast ibland hjälper det att trycka på, menar en av biståndshandläggarna, om hon ska hjälpa sonen och barnet så måste hon ta emot detta. *”Ibland accepterar de om man säger ifrån”*. Ja, det är klart, menar då en av sköterskorna, att stressen får också konsekvenser för hennes förmåga att tänka klart. Både blodsockersvängningarna och de sociala problemen gör henne en smula förvirrad.

Även i detta fall föreslås sköterskorna *att sätta gränser* på ett tydligare sätt gentemot vårdtagaren, även om de tycker förfärligt synd om henne. Vill hon ändå inte ta emot hjälp, så måste vi acceptera att hon själv bestämmer, menar biståndshandläggaren. Sköterskorna börjar då fundera över om det kan vara så att det är en ekonomisk fråga bakom Saras beslut. *”Vi måste ta reda på om hon är rädd för ökade kostnader. Ibland är det så att de säger nej för de menar att de inte har råd att betala avgifter”*.

Eftersom sonen har blivit vräkt från sin tidigare bostad, är lägenheten egentligen för liten för dem menar en av sköterskorna. De måste få hjälp med annan bostad, så att Sara åtminstone får ett eget sovrum, där hon kan vila och sova ostört. Sonen kommer att bli sämre i sin sjukdom på sikt, och behöver ett eget rum, liksom pojken. Biståndshandläggaren menar att det är en bra idé att se över deras bostadssituation. *”Även om samhället bara har beviljat Sara hjälp, så påverkar hela familjens hälsa hennes diagnos så mycket att det riskerar den medicinska säkerheten, vilket vi MÅSTE åtgärda enligt lag”*.

Personalen har nu reflekterat över vilka fakta de har i fallet, och vad de behöver ta reda på ytterligare. De har också fått ge uttryck för känslomässiga aspekter, såsom att de är rädda för att det ska

hända Sara något allvarligt på grund av lågt blodsocker, det vill säga att hon går i koma, när de inte är närvarande. Det innebär att de vill ha en ökad kontroll över de faktorer som påverkar henne rent fysiskt, såsom mathållningen och oron i hemmet.

De bestämmer sig då att begära vårdplanering i hemmet med hemvårdsinspektören, och höra med Sara om en av de sköterskor hon lärt känna kan sammankalla till mötet och vara med. Då kanske hon går med på det. Hon har ju fått tillit till dem som hjälper henne i hemmet, genom att de varit där så ofta, tror distriktssköterskorna. *”Hon har annars så lätt för att känna sig hotad – men om vi är med går det nog bättre”*.

Gruppen diskuterar så slutligen ansvaret för den medicinska säkerheten och samarbetet med regionen. Ett annat sätt kan vara att gå vidare med ärendet, menar en av sjukgymnasterna. *”Om hon inte vill ta emot mathjälpen så måste vi se till att hon äter. Om detta så inte fungerar, då får vi väl gå vidare till våra chefer, eftersom den medicinska säkerheten inte kan upprätthållas”*.

*”Det är en ansvarsfråga, men även en arbetsmiljöfråga”*, anser en av arbetsterapeuterna, att *”det inte går att få till ett adekvat samarbete med mottagningen... så kan ni väl inte ha det. Det får de väl lösa på chefsnivån – om det medicinska inte fungerar på grund utav all social problematik, så får de diskutera saken på förvaltningsnivå”*.

### **Lösningen på situationen – upplösningen av den medicinska och sociala dikotomin**

Professionella habitus påverkar även dialogen i detta fall. Distriktssköterskorna påtalar att de visst förstår att de sociala aspekterna har samma dignitet som de rent medicinska frågorna, men påvisar samtidigt hur de blir dåligt bemötta av socionomer utanför det kommunala teamet. Skillnaden mellan professionerna framträder rätt tydligt genom uttrycket *”de är som musslor”*. Personalen diskuterar då hur de ska förhålla sig till skillnaden mellan olika habitat i rummet. Socionomerna på socialförvaltningen som inte

är biståndshandläggare betraktas ofta av distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster som "ovilliga" till samarbete. Detta resulterar i en sorts strid, menar de, om vilken lagstiftning som ska ha tolkningsföreträde. Distriktssköterskorna tar då strid för HSL (*Sociallagen är viktig men det är även HSL*). Biståndshandläggarna för sedan en dialog med de andra om hur de mer medicinska professionerna använder symboliska tecken i form av språkliga uttryck, som förstärker deras habitus i den skriftliga informationen runt patienten. I denna diskussion reflekterar sedan teamen över att de försvarar sina egna jurisdiktioner, och pratar om hur de ser på varandra. De kan se att föreställningarna blir starkare när de befinner sig i sammanhang som är utanför det kommunala teamarbetet.

I dialogen ser vi även drag av det som Bourdieu benämner "teknisk positionering", det vill säga att det inom den egna professionella gruppen uppstår olika positioneringar som försvårar samarbetet i hemsjukvården. Ett sådant exempel kan iakttagas, när distriktssköterskorna på diabetesmottagningen på sjukhuset positionerar sig gentemot sina kolleger i hemsjukvården.

Biståndshandläggarna argumenterar för att hemsjukvårdens distriktssköterskor är oförmögna att lösa problemet, för att de genom sitt professionella habitus i allt för stor utsträckning identifierar sig med sjukvården på sjukhuset. De menar att eftersom distriktssköterskan har en underordnad position inom medicinen, påverkar det sköterskornas förmåga att ställa krav. Distriktssköterskorna, å andra sidan, menar att en orsak till att problemet uppstått är att deras kolleger inte förstår hur det är att arbeta i ett annat rumsligt sammanhang.

Intressant är att i dialogen har det skett en kunskapsöverföring, där biståndshandläggaren nu ser fallet även utifrån medicinsk problematik. Det tar sig uttryck i att de hävdar att distriktssköterskorna borde använda sin myndighetsutövning, genom att peka på att den medicinska säkerheten är hotad. Distriktssköterskorna fokuserar också mer på de sociala förutsättningarna för Sara, och pekar på att det inte går att skilja på medicinska och sociala aspekter

i omvårdnaden. Teamens professionella habitus genomgår en fas, där de inte längre sätter lika distinkta gränser. Det verkar som de olika professionerna inte behöver hävda sig lika hårt inom teamen som i början av samtalen. Däremot så förstärks professionella habitus igen, när de diskuterar sammanhang utanför det omedelbara teamarbetet (exempelvis sjukvård, socialtjänst).

Trots sådana begränsningar i hur mycket dialogen öppnat upp för praktiskt samarbete, verkar det ändå som om gruppen genom *casemetodens* dialog nu bättre kan konkretisera vad de tillsammans kan göra, inom sina befogenheter, för att Sara ska få en bättre situation. De tycker själva att de blivit mer handlingskraftiga, och kommer med fler konkreta förslag på hur de ska lösa detta i praktiken än de gjort i de tidigare fallen. Det kommunala teamet som har hand om Sara har således skaffat sig denna handlingskraft och styrka i diskussionen med kollegor från andra kommuner, där de gemensamt kommit fram till ett ställningstagande, som de sedan prövar i sin praktik. De kontaktar Sara och hemvårdsinspektören för en vårdplanering i hemmet, där de tar upp boendefrågan och matdistributionen till familjen. Om detta inte hjälper att lösa situationen på sikt, bestämmer de sig för att kontakta den ansvarige tjänstemannen och MAS på socialförvaltningen, för att åberopa att den medicinska säkerheten är i fara, enligt HSL. De flyttar således ansvaret för de samarbetsproblem som de upplever till förvaltningschefsnivå, och åberopar att det är en arbetsmiljöfråga att inte samverkan mellan regionen och kommunen fungerar, istället för att beskylla varandra utifrån sin professionella utgångspunkt. Vi kan här se hur gruppen börjar formulera allt mer konkreta praktiska ågeranden för sina praktiker.



## **Fall 4. Omgivningen som problem**

Berör ett ärende av social karaktär, där socialförvaltningen tar kontakt med den kommunala omsorgen angående en man som ska skrivas hem ifrån sjukhuset, och som har en social problematik runt sitt boende, och därför behöver vårdplanering innan hemgång.

Ulf har en lägenhet ute på landet, ett boende som han fick hjälp av kommunen att få, efter han haft svårt med bostad. Han är 89 år och har haft en lättare hjärninfarkt, som gör att han ibland blir lite yr och har lätt för att falla. Han behandlas nu med Waran (blodförtunnande medicin) efter hjärninfarkten, vilket ökar risken för blödningar om han faller. Ulf har arbetat en hel del utomlands, han har skulder hos kronofogden, och fordringar som gör att han blir utsatt för hot och trakasserier, både av grannar och av de som han lånat pengar av. Efter sjukhusvistelsen ska han till korttidsboende för rehabilitering. Socialsekreteraren menar att denna insats inte räcker, och att han bör komma till kommunens särskilda boende efter vistelsen på korttidsboendet, på grund av sin sociala problematik, något Ulf ej själv ansökt om att få. **Teamet vill diskutera hur de bäst ska kunna hjälpa honom, och komma med konkreta förslag till denna vårdplanering på sjukhuset.**

### **Lag- och regelsystemen sätter gränser för förståelsen mellan professionella grupper**

Det särskilda boendet måste Ulf själv ansöka om att få. Det prövas då om han är lämplig att få detta eller inte. Det räcker inte med att socialsekreteraren hävdar att detta borde ske. Lagen skyddar här den enskilde, såvida inte personen ifråga är förklarad omyndig. Ulf har en "god man" som hjälper honom, men samarbetet har inte fungerat särskilt bra när det gäller ekonomin. Biståndshandläggare berättar att kronofogden är "*ute efter honom, eftersom han inte betalt räkningarna, så han kan inte få något annat boende i kommunen enligt de regler som gäller för de kommunalt ägda fastighetsbolagen. Privata hyresvärdar är inte att tänka på i det här fallet*".

Det är ett problem i den kommunala sociala verksamheten, när det inte finns bostäder för de personer som har ekonomiska och sociala problem. I och med bolagiseringen av bostadsförvaltningarna, faller dessa under andra regler och bestämmelser. Socialförvaltningen har därmed begränsade möjligheter, och kan inte på samma sätt som tidigare, när kommunen själv ägde bostäder, ordna boende åt de människor som ramlar mellan olika lagstiftningar, eller som hamnat i skuldfällor av olika slag.

I detta fall handlar alltså inte problematiken i lagstiftningen om att denna är förbunden med någon specifik profession. Istället berörs snarare det kommunala stuprörstänkandets samband till lagar och förordningar på en mer övergripande nivå. Det finns ofta en juridisk anledning till att kommunala förvaltningar inte kan eller har möjlighet att arbeta mer gränsöverskridande. I detta fall påverkas handlingsmöjligheterna av skillnaden i bolagslagen, insynen i stiftelser, och andra begränsningar som påverkar möjligheterna till reellt arbete mellan kommunala verksamhetsområden.

### **Det professionella rummet och platsen för omvårdnaden**

Även i det här fallet utkristalliserar sig det ganska snart att det finns en skillnad mellan professionerna, som beror på var personalen utför själva omsorgen. De professionella föreställningarna av varandras arbete är knutet till arbetet i speciella miljöer, som påverkar föreställningar om varandras funktioner. Detta präglar sedan synen på vilken omvårdnad som den enskilda människan får i en specifik situation. I grunden handlar det om någon slags etiskt förhållningsätt, som beror på om arbetsplatsen är förlagd till sjukhuset, eller till den enskildes hem.

*”Vi (kommunens personal) tycker kanske inte att det är så konstigt att om man är 90 år så behöver man lite extra omvårdnad emellanåt. Men när han åker in på sjukhuset, då är där full uppbackning från kuratorerna om att han borde in på ett särskilt boende, bara för att han återkommer dit en eller två gånger om året.*

*Men han är ju frisk för övrigt. Sjukhuset tror att om han kommer på särskilt boende så löser sig alla problem automatiskt”.*

Vi kan här se att personalen som bedriver omvårdnad i hemmet har en annan syn på Ulfs behov än de som arbetar på sjukhuset. Den kommunala personalen har även problem med de dokument som kommer från regionen. Framförallt påpekar biståndshandläggarna den ofullständiga rapporteringen om hemförhållandena och behovet av social omsorg. Det innebär att i praktiken är det svårt att fastställa vad Ulfs behov av hjälp är, förrän han kommit på plats i hemmet, och det har gått en tid.

*”Dessutom så skriver de ohållbar hemsituation i dokumentet, vad är det? De gör saken till en social situation utan att undersöka närmare vad det är frågan om, så gör de alltid, förr hette det causa socialis – orsak social. Det kan vara att han bor på tredje våningen utan hiss, eller det kan betyda total misär i hemmet, eller att han blir misshandlad av hustrun, eller att hustrun inte kan ta hand om sin make. Det dokumenteras inte ordentligt vad som är problemet när vi får över dem. Å när det gäller missbrukare, så står där alltid ohållbar hemsituation”.*

Det finns också regelverk som bestämmer vilka personer som har rätt till eget boende. I detta fall finns alltså en medicinsk diagnos som innebär risk för försämring om Ulf faller. *”Om vi beviljar honom särskilt boende så har vi en uppegående man som klarar allt själv. Går ut på stan själv. Så ska det väl inte vara? Han klarar sig utan hemhjälp, men har lite problem med förflyttningar”.* Det innebär att han måste ha viss tillsyn, men kommunens personal menar att det skulle räcka med ett trygghetslarm för Ulf. *”Och så är det inte bra att han ramlar när han står på Waran, men han kan inte få trygghetslarm för han har ingen fast telefon”.* Tyvärr kan inte Ulf få någon telefon på grund av obetalda räkningar hos kronofogden, vilket hindrar installationen av larm.

En av sköterskorna har tidigare arbetat i regionen och därför sett problemet från en annan sida. Hon försvarar sina kollegor på sjukhuset.

*”Ja, men eftersom jag arbetat i regionen tidigare så kan jag förstå litet av detta. De ser ju honom bara när han kommer in i dåligt skick varje gång – så det blir det så att de skyller på kommunen, jag kan på sätt och vis förstå deras frustration, de har inte hela bilden”.*

Det distriktssköterskan avser är att det är svårt att sätta sig in i hur det är att bedriva omvårdnad i människors hem. I den institutionella vården är det lättare att kategorisera behandlingar och ge ordinationer utifrån sjukdomsbilden hos den enskilda individen. Det reella hälsoutfallet problematiseras inte, eftersom de faktorer som faller utanför sjukhusets formella ansvar helt enkelt betraktas som givna. Men kommunens personal måste ta hänsyn till livets alla skiftningar och till en mängd omständigheter runt personen, eftersom hälsan hos människor är så tätt sammanflätad med den sociala och fysiska omgivningen. Om behandlingsåtgärder inte leder till ett fungerande resultat, kan personen inte bara avskrivas som ”färdigbehandlad” och skjutas över på någon annans bord.

För Ulf del innebär det att personalen ska finna en livssituation där han kan fungera med sin sjukdom – inte att hans medicinska prognos kräver att han ska vara på institution.

### **Professionernas syn på situationen**

Distriktssköterskorna menar att Ulf inte är så sjuk att han behöver ett särskilt boende, men i samband med att han fått en medicinsk diagnos och fått blodförtunnande medicin börjar de sedan tveka i sin bedömning. Det kan vara svårt att veta vad som händer om han ramlar, menar de. De fokuserar på den medicinska problematiken, när de för en dialog tillsammans om Ulf.

*”Han återhämtar tidigare sig själv på sjukhuset och före hjärninfarkten hade han inte direkt någon medicinsk åkomma. Han tar buss och han köper sin mat själv, sedan är det visst någon granne som är problemet. Men nu om han ska fortsätta att var insatt på*

*Waran, så kanske han inte klarar sig hemma, och då är det kanske ändå bäst att han får komma till ett särskilt boende”.*

Distriktssköterskornas tveksamhet beror på att de är oroliga för att han ska falla när han är ensam hemma. Eftersom han fått ordinerat medicinen Waran, så finns det en viss blödningsrisk, så på så vis är Ulfs situation sämre. Å andra sidan är det en vanlig behandling i äldreomsorgen, så många i hemsjukvården delar hans situation.

Biståndshandläggarna fokuserar på det Ulf själv uppger vara lösningen till hans problem. En lägenhet i staden. Idag bor han långt ut på landet och har problem med grannarna. Dessutom är det långt när han ska handla mat. Han har också problem med de människor som han lånat pengar av, som han är rädd för när han bor så pass isolerat därute. *”Han säger att han blir trakasserad av grannarna, vi trodde först han hittade på, men det visade sig vara sant”.*

Biståndshandläggarna menar att allting inte går att lösa. *”Han är gammal och han tar inte alltid ansvar över sig själv, men han vill bo själv”.* Han måste ju få ansvara över sin egen situation, menar de.

Det syns en tydlig skillnad i hur distriktssköterskorna, respektive biståndshandläggarna, ser på självständighetsprincipen. Distriktssköterskorna menar att den medicinska diagnosen innebär att Ulf måste övervakas bättre, medan biståndshandläggarna utgår från det sociala runt Ulf, när de säger att han själv måste bestämma. Den profession som de själva kommer ifrån blir därför utgångspunkten för deras uttalanden, även om de ser till Ulfs hela problematik.

Sjukgymnasten fokuserar på att Ulf faktiskt ska på korttidsboende först, och att det där kommer att ske en del rehabilitering av honom, så att han ska bli bättre i sin gång. De menar också att det vore bättre för Ulf att bo inne i staden, eftersom han har kortare avstånd när han ska förflytta sig. De diskuterar överhuvudtaget

inte hans medicinska diagnos, utan utgår från sin profession när de uttalar sig.

### **Dialogen och kunskapsöverföringen mellan professionerna**

Gruppen försöker nu först se vad de bedömer att de har för *fakta i situationen*. Vad är det de vet med säkerhet egentligen? Vad är antagandena och hur beskriver de sina verklighetsbilder?

Distriktssköterskorna, sjukgymnasten och arbetsterapeuterna sätter *individen i centrum* och de reflekterar så här över Ulfs situation: Han står på Waran, och så har han lätt att falla, han har svårt att sköta medicinerna regelbundet, när han fallit, så måste han höra av sig för att få hjälp, men så har han ingen telefon... och därför inget larm... Alltså är det inget bra boende för honom. Distriktssköterskorna visar sina emotioner öppet i gruppen, samtidigt som de pekar på hans eget ansvar. ”*Förfärligt att han har det så där han bor, ja men varför har han inte gjort något åt det själv på tre år*”.

Men vi tycker nog snarare att det är omgivningen som är problemet menar biståndshandläggarna, därför behöver han en annan bostad, just nu är förflyttningarna ett problem, men inte sedan. Deras känslor riktar sig mer mot frågan om vem som egentligen ”äger problemet”. Men han måste ha ett larm... det håller vi med om.

De fokuserar sedan på det gemensamma problemet de hittar i dialogen, och kommer fram till att detta är att han inte har något trygghetslarm. Oavsett var han bor, måste detta lösas om han ska kunna bo i eget boende, och det var önskemålet från Ulfs sida. Biståndshandläggarna menar att de kan erbjuda trygghetslarm, men problemet är att han inte har någon telefon.

Personalen följer nu *casemetoden*, där de övergår till att diskutera de samhällsstrukturer som skapar problem i situationen. Det finns en stor riskgrupp som ramlar mellan stolarna i systemet, menar de. De är inte tillräckligt sjuka för institutionsboende, men behö-

ver tillsyn ändå för att vara hemma. De största problemgrupperna är de som vi inte ser. ”Hur ska vi kunna förebygga ohälsa lokalt, om vi inte vet hur de utvecklas i sin kroniska sjukdom till exempel, och de som är äldre och har svårt att göra sig hörda på olika sätt. Hur ska det gå för dem? Som jag ser det så är det otryggheten som är ett stort problem. Att de inte vet vart de ska vända sig. De har inget känt ansikte liksom... eller person som de känner. Å så är det de sociala problemen, det kan bara de som finns på plats veta något om. Om det bara är de allra svårast sjuka som får hjälp och de andra ska till vårdcentralen, då kommer vi att missa massor av problem som skulle kunnat lösas tidigare, innan de blir så omfattande. En dag var jag hos en dam för att ge insulin, säger en av sköterskorna, då hade hon glömt bort att betala räkningarna och vräkning hotade... jag fick hjälpa henne och se över räkningarna. Det är mycket alkoholproblematik också hos de som är ensamma... säger en annan”.

”Det får mig att tänka”, säger nu en av distriktssköterskorna. ”Om ni ger Ulf ett nytt hem i staden, då följer väl hans umgänge med. Det är samma sak om han får särskilt boende, han går ut själv och kan släppa in gäster, man löser ingen social problematik med att flytta på honom”.

### **Lösningen på situationen – kontinuerlig dialog och närhet**

I detta fall framträder de skilda professionella habitus återigen mycket tydligt. Distriktssköterskorna utgår från den medicinska problematiken, det vill säga sjukdomen och Waranbehandlingen, medan biståndshandläggare snarare fokuserar på omgivningen, som det som utgör ”problemet”. Sjukgymnasten koncentrerar på Ulfs möjligheter att förflytta sig, men ser inte till hans sociala relationer. Detta till trots att personalen vid senaste träffen konstaterat att medicinska och sociala faktorer är lika viktiga. Vi diskuterar att de ”ramlat tillbaka” i sina gamla föreställningar igen.

Det som framträder i dialogen är att de olika professionella grupperna har olika syn på *självständighetsprincipen*. Biståndshandläggaren menar att Ulf delvis själv får ta ansvar för sin egen situa-

tion, medan distriktssköterskorna är ”rädda att något ska hända när de inte är där”. Detta får dem att fokusera på fallet utifrån olika utgångspunkter. Teamet kommer efter mycken diskussion överens om att Ulfs problem inte går att lösa fullt ut, men däremot kan de försöka lösa skuldfrågan för Ulf. Det är skulden som är problemet egentligen, detta är egentligen ingen vårdproblematik menar de. Det är på grund av skuldbördan som han inte har någon telefon, och därmed blir han nekad larm i hemmet. Och det är på grund av skulden som han blir trakasserad av grannar, och de som han lånat pengar av. Biståndshandläggaren för därför tillbaka ärendet till socialförvaltningen, så att de berörda socialsekreterarna kan starta en utredning om skuldsanering åt Ulf. De reflekterar sedan över samarbetet på socialförvaltningarna. Även i detta fall fokuseras alltså på ett rumsligt sammanhang utanför det professionella teamet. Ofta går det bra med samarbetet, menar personalen, men det behövs ett tätare samarbete med socionomerna på socialförvaltningarna. Problemet är sekretesslagstiftningen, och att även en sammanhållen socialförvaltning har ”vattentäta skott”.

Samma sak händer på sjukhuset, menar personalen. Det tar sig uttryck i berättelser som: *”Det är märkligt – kuratorn var med i vårdplaneringen, men vi pratade inte om skuldfrågan överhuvudtaget”*. Här är alltså problemet fokuserat till hur olika rumsliga positioneringar förhindrar bra samarbetsformer. Personalen pekar också på att det är nödvändigt med kontinuitet i rummet, för att kunna lösa problemet med Ulf: *”De sociala problemen kan bara lösas av de som är på plats”*. Genom nära dialog med varandra kan professionella habitus verka tillsammans. Rumslig avgränsning och olika rumsliga förutsättningar i vårdsammanhanget försvårar dock teamets möjligheter i hemsjukvårdens arbete med Ulf. När omsorgen föregår i det egna hemmet tvingas personalen att inrätta sig efter den situation som råder, på ett sätt som inte kan förutsägas. Den situationen är starkt präglad av sociala förhållanden och platsens betydelse. I den situationen är det svårare att behålla professionella positioner.



## 5. Slutdiskussion

Att professionella habitus ibland sätter hinder i vägen för samverkan är ganska tydligt. De olika professionerna angriper de situationer och vårdbehov de ska ta ställning till på skiftande sätt, som innebär att det kan uppstå intressekonflikter i vårdteamen. Det syns även en tydlig skillnad i den juridiska kunskapen, där distriktssköterskorna har tolkningsföreträde när det gäller hälso- och sjukvårdslagen, och socionomerna när det gäller sociallagen. Personalen är ganska upptagen av hur dessa formella strukturer bör verka i deras vardag. Deras professionella habitus och position i rummet präglas av speciella förhållanden till lagstiftningen, på ett sådant sätt att det stundvis försvårar kommunikationen dem emellan.

Men å andra sidan söker teamen samtidigt konsensus mellan sig – inte rivalitet – i de professionella grupperingarna i teamet. Från ett ytligt betraktande kan därför samarbetet verka tillfredställande. Men deras konsensus bygger ibland på *för givet tagande i tolkningen av situationer*. De underliggande intressekonflikter som finns mellan professionerna hanteras genom att uppdelas beskrivningen av situationen i separata ansvarsområden. Det finns därför en risk att dessa konsensuslösningar beror på att representanter för de olika professionerna inte reflekterar med varandra ordentligt, eller lyfter upp de meningsskiljaktigheter och de olika preferenser som finns utifrån deras professionstillhörighet. En följd av detta är att de inte heller tillvaratar varandras kompetenser på ett adekvat sätt. En annan risk är att den konsensusökande strategin förstärker den profession som har starkast position generellt.

I de lösningsalternativ som diskuteras är ett genomgående drag att personalen söker tydligare gränsdragningar och ansvarsfördelning. Sådana gränsdragningar hjälper naturligtvis till att minska risken för konflikter mellan professioner eller olika led i organisationen. Genom tydliga gränsdragningar riskerar inte någon att

inkräkta på någon annans revir. Samtidigt har problemen i de här fallen uppstått just på grund av gränsdragningar, vattentäta skott och ”stuprörstänk”. Att mekaniskt följa regelverken, och låta varje professionsgrupp arbeta åt var sitt håll, har lett till att vårdtagaren hamnar i kläm och att de faktiska behoven faller mellan stolarna. För att förbättra situationen för vårdtagarna krävs därför ett reellt samarbete professionerna emellan. Om detta ska ge bra resultat är det av vikt att den gränsöverskridande reflektionen inte är kopplad till hierarkier, utan istället *bör det vara vårdtagarens behov och önskemål som står i fokus*. Detta innebär fram för allt att diskussioner ska ske i förhållande till den specifika situation som råder i det enskilda fallet.

Det krävs även att samtlig personal ges möjlighet att reflektera över de aspekter som ligger inom andra yrkesgruppers primära ansvarsområde och föra en dialog om detta, utan att det leder till konflikt (naturligtvis kopplat med förmågan att låta andra träda in på ens eget ”revir”, utan att känna sig hotad). För att få förståelse för hur vård och omsorg ska bedrivas på ett adekvat sätt för den enskilde vårdtagaren är det samtidigt helt avgörande att utveckla en lika reflekterande och demokratisk dialog med vårdtagarna själva och deras närstående. I båda fallen krävs ett mer lyssnande och öppet förhållningssätt, utan förutfattade meningar. De åtgärder som bäst möter de individuella vårdtagarnas egentliga behov kan inte nödvändigtvis plockas fram ur en uppsättning standardiserade färdiga lösningar, avsedda att passa alla lika bra.

Hur fungerade då casemetoden? De reflekterande samtalen i de olika fokusgrupperna fick personalen att sätta fokus på relationerna dem emellan, och hur de såg på situationen i respektive fall. Det innebar en djupare förståelse för varandra, och en reflektionsprocess där de bearbetade förgivettagna positioner i förhållande till situationen. Därmed blev de i stånd till att finna nya konsensuslösningar i de kommunala teamen, och över kommungränserna. Personalen behöver förmodligen reflektera tillsammans över skillnader i hur de uppfattar situationerna för att förstå komplexiteten i de enskilda fallen.

Det framkommer av analysen och de olika fallen att de rumsliga vårdssammanhang där professionerna arbetar har stor betydelse för hur samarbetet i närsjukvården kan utvecklas. Många av de problem som uppstår i närsjukvården kan relateras till att arbetet i så hög grad har så olika förutsättningar, beroende på om personalen arbetar på sjukhus, vårdcentraler, kommunala förvaltningar, eller på många olika platser i människors vardag. Det innebär att geografiska aspekter har betydelse i förhållande till personalens förståelse för varandras arbete. Det är således inte endast olika professionella habitus som påverkar samarbetet i närsjukvården. En viktig sak att ta i beaktande är att det råder olika *kulturella föreställningar, som färgar vårdssammanhangen beroende på i vilken plats omsorgen bedrivs.*

Fokussamtalen visar att personalens professionella habitus har en tendens att förstärkas när dessa befinner sig i olika rumsliga vårdssammanhang. Det innebär att det finns behov av dialogforum mellan dem som arbetar i olika vårdssammanhang (exempelvis, regionens sjukvård kontra hemsjukvård), för att skapa en djupare förståelse för varandras arbete. Och som personalen själva påpekat, skulle det även fordras en gemensam bas i någon form av utbildning.

Det verkar som systemet med olika professionella funktioner inte riktigt passar in i detta livspulserande helhetstänkande som är själva förutsättningen ute i hemsjukvården. Platsen och situationen, ja det verkliga livet, tvingar därför vårdpersonalen att handla utöver deras professionella jurisdiktion, och i förväg bestämda rutiner och regleringar. Möjligen kan sjuksköterskornas frustration och emotionella belastning vara tecken på hur svårt detta är att hantera.

Detta antyder även att utvecklingen av närsjukvårdens professionsgrupper måste vara i en kontinuerlig dialog, inte endast genom att sätta in stödåtgärder eller utbildningsinsatser över en kort tid. I en *lärande organisation* ges tid och möjligheter för personalen att fortbilda sig, för att få hjälp att lösa sina kognitiva konflikter, och att bearbeta sina emotioner. Detta skapar förutsätt-

ningar för att gå vidare mot nya insikter, så skilda grupper kan bryta ned sina rutinmässiga tankenätverk och rekonstruera nya föreställningsvärldar. Det är inte en uppgift som löses med instrumentella lösningar, som exempelvis generella riktlinjer och utvärderingsinstrument, utan detta fodrar reflekterande grupper över autentiska fall i praktiken.

Kommunerna har fått erbjudande om att delta i en utbildning i *casemetoden* efter projektets slut. En kommun har sedan genom sin utvecklingsledare etablerat reflekterande dialoger med hjälp av *casemetoden* i hela vård- och omsorgsverksamheten i hemsjukvården. Det innebär att det för närvarande pågår en utbildningsinsats, där personalen får arbeta med reflekterande samtal i grupp, för att utveckla sitt samarbete i de olika teamen. De har inom ramen för denna insats även beslutat att försöka arbeta mer professionsövergripande utifrån de reflektioner som kommer fram i samtalen.

Resterande kommuner har valt att arbeta vidare på egen hand. De har fokuserat på olika frågeställningar i vårdplaneringen, och skapat sammanhang för dialoger runt den individuella vårdplaneringen, efter den traditionella vårdplaneringen på sjukhuset.

Resultatet från denna studie har slutligen spridits vidare till norra delen av Skåne. Ett projekt har initierats i Bromölla, Kristianstad och Östra Göinge. Personal från hemsjukvårdens team, primärvården, och Kristianstad sjukhus, diskuterar i ett aktionsforskningsprojekt utformningen av den patientnära vården och den individuella vårdplaneringen i samverkan (vops).

## Referenser

- Abbot A (1988) *The system of professions: A essey on the division of export labour: university of Chicago Press*
- Barnes LB, Christensen C, Hansen R & Abbey J (1994) *Teaching and the case method*. Harward university. Harward Buissness School Press
- Bourdieu P (1996) *Homo Academicus*. Brutus Östlings Bokförlag
- Bourdieu P (1994) *Praktiskt förnuft*. Daidalos
- Brante T (2003) *Konsolideringen av nya vetenskapliga fält – exemplet forskning i socialt arbete. I Socialt arbete En nationell genomlysning av ämnet*. Högskoleverkets rapportserie 2003:16R, Stockholm
- Brante T (2009) Vad är en profession? I Brante & Olofsson (2009). *The Professionell Landscape* (fortcomming)
- Blomberg S (2004) *Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen*. Akademisk avhandling, socialhögskolan, Lunds universitet
- Carlström E (2005) *I skuggan av Ädel-integrering av kommunal vård och omsorg*. Doktorsavh, Göteborgs universitet
- Dixon (1994) *The organizational learning cycle. How we can learn collectively*. Mc Craw-Hill, London
- Döös M (2004) *Arbetsplatsens relationik – om vardagens lärande och kompetens i relationer*. Arbetsmarknad och arbetsliv, 10 (2), 77-93
- Döös M (2007) *Lärande som handling och relation I: Bron A & Willhelmsson L. Lärprocesser i högre utbildning*. Liber Förlag, Sverige
- Edgren L & Stenberg G (2006) *Närsjukvårdens ansikten*. Studentlitteratur, Lund
- Fransson O & Jonnergård K (red) (2009) *Kunskapsbehov och nya kompetenser, Professioner i förhandling*. Santerus, Academic Press
- Flyvbjerg B (2006) *Five misunderstandings about case study research*. Qualitative Inquiry, vol. 12, no 2. s.219
- Foucault M (1989) (eng. övers. AM Scheridan) *The Birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. Routledge London

- Fowler P, Hannigan B & Northway R (2000) *Community nurses and social workers learning together: A report of an interprofessional education initiative in South Wales*. Health and Social Care in the Community 8,(3) s.186-191
- Gillespie R, Florins D & Gilliam S (2004) *How is patient-centred care understood by the clinical, managerial and lay stakeholders responsible for promoting this agenda?* Health expectations, 7(2).142
- Josefsson K (2006) *Municipal elderly care*, akademisk avhandling Karolinska Institutet
- Kommunförbundet Skåne/Region Skåne (2009) *Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne*
- Karlsson J (2008) *Learning in collaboration. Academics experiences in collaborative partnerships with practitioners and researchers*. Akademisk avhandling. Pedagogiska institutionen Lunds universitet
- Lind JE (2006) *Att utveckla närsjukvårdssystem – vård och omsorg i förändring*. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL
- Lindgren G (1992) *Doktorer, systrar och flickor: om informell makt*. Carlsson, Stockholm
- Little M, Jordens C & Sayer E (2003) *Discourse Communities and the discourse of experience health*, Health expectations 7 (1) 73
- Lundeberg MA, Lewin BB & Harrington HL (ed) (1999) *Who learns what from cases and how? The research base for teaching and learning with cases*. Lawrence Erlbaum, London
- Michaeli I (2006) *Närsjukvård att tänka utan gränser och att forma nya*. FoU Skåne skriftserie 2006:1
- North N (1995) Partnership in care: The health and social care interface. I Moon G&Gillespie (eds) *Society and Health. An introduction to Social Science for Health Professionals*, s.228-239 Routledge, London
- Petersson P (2009) *Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta - en avhandling i deltagarbaserad aktionsforskning i svensk vård och omsorg*. Doktorsavhandling, Örebro universitet
- Piaget J (1974) *Structuralism*. Basic Books, New York

- Rosner-Dychawy I (2007) *Samtal om närsjukvården i Bromölla*. Forskningsplattformen för utveckling av närsjukvård. Högskolan i Kristianstad
- Rämngård M (2008) *De svåra samtalen vård i livets slutskede*. FoU Skriftserie 2008:6. Kommunförbundet Skåne
- Rämngård M (2010) *Det sexuella rummet i äldreomsorgen*. FoU Skriftserie 2010:1
- Socialstyrelsen (2009) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009-126-72*
- Springett J, Blomqvist K, Nilsson M, Säthersten B, Haraldsson S (2006) *A collaborative approaches to health 2005:6*. Forskningsplattformen för närsjukvård, Högskolan i Kristianstad
- Svensson G (eds) (2002) *Äldreomsorg och äldreomsorg: Sjuksköterska i kommunen – om yrkesrollen och arbetssättet. Rapport 6, Jönköping: Luppen kunskapscentrum*
- SKL (2006) *Att utveckla närsjukvårdssystem. Vård och omsorg i förändring*. Sveriges Kommuner och Landsting. Solna
- Scholten Christina (2008) *Närsjukvård i samverkan*. FoU Skåne, skriftserie 2008:4
- Svensson LG & Evett J (2010) *Sociology of Professions. Continental and Anglo-Saxon traditions*. Dailidos. Borås
- Region Skåne (2004) *Skånsk livskraft*
- Wanless D (2006) *Securing Good care for older people: Taking a long term View*. Kings Fund, London
- Winter R & Giddens-Munn (2001) *A handbook for Action Research in Health and Social care*, Routledge, London

## FoU Skånes skriftserie

- 2010:4 Förhandsbedömningar inom den sociala barnvården  
2010:3 "Låt inte spindelväven växa i ditt hjärta"  
2010:2 Delaktighetsmodellen  
2010:1 Det Sexuella Rummet  
2009:8 Platsens betydelse för dementa  
2009:7 Det minsta sjukhuset  
2009:6 Omsorg och genus  
2009:5 Förhandsbedömningar i barnvårdsärenden  
2009:4 Att ha med livet att göra  
2009:3 Helhetssyn – att binda samman, avgränsa och leda  
2009:2 "En omvälvande erfarenhet"  
2009:1 Att ha med en människa att göra  
2008:6 De svåra samtalen, vård i livets slutskede  
2008:5 Beprövad erfarenhet vid förhandsbedömningar i barnvårdsärenden  
2008:4 Närsjukvård är samverkan  
2008:3 Best of FoU Skåne  
2008:2 Dagens och morgondagens LSS-boende  
2008:1 Varför samverkan?  
2007:3 Tid för omsorg?  
2007:2 Förtroget i förtrolighet  
2007:1 Kunskapslabbet i Trelleborg  
2006:3 Byråkrati eller socialt arbete?  
2006:2 Äldres behov och användning av manuell rullstol i Skånes kommuner ur förskrivares perspektiv  
2006:1 Närsjukvård – att tänka utan gränser och att forma nya  
2005:7 Biståndshandläggares arbete med äldres behov  
2005:6 Praktikerkunskap i teorin och praktiken  
2005:5 Praktisk klokhet  
2005:4 Glömskans världar – att leva sin demens  
2005:3 Utvald medborgare. Ifrågasatt som politiker.  
2005:2 Att skapa en stämning  
2005:1 Personlig assistans – på brukarens, assistentens eller bådass villkor?  
2004:4 Rådgivning i förändring  
2004:3 Projekt Jonathan  
2004:2 Att bedöma äldre människors behov.  
2004:1 Att vara till – om äldreomsorgen som tillvaro  
2003:2 Carpe diem – Carpe momentum  
2003:1 Bron mellan två världar  
2002:5 Att inte vara mer än människa – och ändå mänsklig  
2002:4 "Magdas demens är som januarivädret i Lissabon"  
2002:3 Dilemman i behandlingen av missbrukande kvinnor  
2002:2 Kunskap, erfarenhet och intuition  
2002:1 Nya insikter – reflektioner kring forskningsanvändning  
2001:4 Månens baksida – tur och retur  
2001:3 De första fem åren.  
2001:2 Att se med andras ögon  
2001:1 Ledarskap under luppen  
2000:6 Varför gör dom inte som man ska?  
2000:5 Ett gemensamt problem – Kunskaps- och behovsinventering om unga heroinmissbrukare  
2000:4 Flygfärdig? En utvärdering av Integrationsprojekt Fenix i Landskrona  
2000:3 Är det så här att vara socialsekreterare?  
2000:2 Hur är det "på riktigt" – att gå i dialog med sin erfarenhet  
2000:1 Att förstå socialt vardagsarbete  
1999:6 Forskningsverkstaden hösten -98 – en antologi  
1999:5 Socialt arbete utan pekpinna  
1999:4 Tidsbrist hotar tidrum  
1999:3 Med kärleksfull vrede  
1999:2 Valet mellan öppenvård och familjehem  
1999:1 Vad sysslar de med här då? – om forskningsverkstäder som arbetsform  
1998:3 Egenutvärdering i socialt arbete – från idé till praktik  
1998:2 Det sociala arbetets dramatik – "Att göra det möjliga och stå ut med det omöjliga..."  
1998:1 Skilda världar – om mötet mellan socialt vardagsarbete och forskningen

## FoU Skånes minirapporter

- Nr 10 Har Delaktighetsmodellen ökat brukarnas möjligheter och förmåga att ha inflytande över sina liv?  
Nr 9 Ideella krafter inom den offentliga omsorgen i Skånes kommuner  
Nr 8 "Spindeln i nätet" – om etiska spår, biståndshandläggare och sjuksköterskor i äldreomsorgen  
Nr 7 Ett gott liv?  
Nr 6 En förvirrad värld – forskningscirkeln som krympte  
Nr 5 Vart vill äldreomsorgens handläggare? Tio biståndsbedömarens upplevelser av sitt arbete  
Nr 4 Mimerns hus tillblivelse – ett lokalt svenskt försök till integrerad vård och omsorg  
Nr 3 Sanningens ögonblick – mötet mellan kommunen och akutsjukhuset  
Nr 2 I takt med tiden – postmodernt arbete inom individ- och familjeomsorgen  
Nr 1 Ska Ivan få svälta? Reflexioner om moral och etik i socialt arbete

Mer information på FoU Skånes hemsida: [www.kfsk.se/fou/](http://www.kfsk.se/fou/)