

Att arbeta på tvären

i ett team som arbetar med
hemgång från sjukhuset

Redaktörer:

Lisbeth Lindahl

Margareta Andersson

Författare:

Margareta Andersson

Margareta Björkegren

Viktoria Forsgren

Therese Gahnström

Jenny Högmark

Lisbeth Lindahl

Marjaana Malm

Britta Schröder

September 2007

Att arbeta på tvären i ett team som arbetar med hemgång från sjukhuset

© FoU i Väst/GR

Första upplagan september 2007

Layout: Infogruppen GR

FoU_i**väst** 

Innehåll

Sammanfattning	4
Rapportens syfte och disposition	7
Inledning	8
Arbete i tvärprofessionella team	10
Att arbeta lösningsfokuserat i en adhokrati	13
Kvarboende som möjlighet och svårighet	14
Utvärderingens syfte och metoder	16
Fallbeskrivning av situationen runt en vårdplanering	17
Att arbeta i KomHem-Teamet	20
Teammedlemmarnas reflektioner	33
Hemtjänstpersonalens perspektiv	37
Anhörigas och vårdtagares perspektiv	43
Äldreomsorgschefens reflektioner	49
Diskussion	52
Om verksamhetsutveckling i projektform	52
KomHem-Teamet – lyckad lösning utifrån vilka perspektiv?	53
Vad kan man lära sig av projektet?	55
Referenser	58

Förklaringar och förkortningslista

ApoDos	Läkemedel som är förpackade på ett sätt som underlättar hantering och mediciner. Innebär att patienten slipper hantera burkar och komma ihåg om tablettorna är tagna eller inte.
Kaizen	En managementstrategi som handlar om att arbeta med ständiga förbättringar för ökad kvalitet.
KHT	KomHem-Teamet
Salutogent	Ett perspektiv som innebär ett undersökande av vad som skapar hälsa till skillnaden från det patogena perspektivet som undersöker vad som orsakar ohälsa. Hälsa och ohälsa ses som två ändpunkter på en kontinuerlig linje och inte som motsatsförhållanden (Antonovsky, 1991).
TQM	Total Quality Management
/	I citaten från fokusgrupperna markerar ett snedstreck att en ny person kommer in i samtalet.
/.../	Detta betyder att en del av ett citatet har tagits bort.
...	Tre prickar betyder tankepaus hos intervjupersonen.

Sammanfattning

Är det en bra modell att införa ett tvärprofessionellt team för att förbättra hemgången från sjukhus för äldre personer med sammansatta behov? Den här rapporten handlar om ett sådant projekt som pågick i ett par års tid – Kom-Hem-Teamet. Frågan är vilka lärdomar man kan göra av ett sådant projekt?

Rapporten beskriver teamet såväl inifrån som utifrån samt från en rad olika perspektiv. Några lärdomar som teamet gjorde var att mycket blir möjligt om man har ett tydligt uppdrag och om man som personal kan stötta varandra i att bryta ny mark. Några begrepp som har varit kännetecknande för det arbetssätt som teamet använde är: lösningsfokuserat och tvärprofessionellt.

Att hjälpa vårdtagare i övergången mellan sjukhusvård och hemvård kräver både hög kompetens och en tillit till att situationen kommer att bli bra. Om det är tydligt sanktionerat från ledningen att man som personal har friheten att själv vara kreativ och hitta lösningar, kan man våga gå utanför etablerade ramar och tänka i nya banor. Att våga göra detta kräver även ett visst mått av mod och grundtrygghet. Tryggheten för teamets del förstärktes av dess tvärprofessionella sammansättning och av en god sammanhållning.

Teamet arbetade främst med vårdplaneringar på sjukhus men även med att hjälpa till i övergången till det egna hemmet med extra insatser i hemmet för vårdtagare och anhöriga. Dessutom arbetade teamet med utbildningar för hemtjänstpersonalen, att stödja anhöriga med mera. Projektet dokumenterades och utvärderades under pågående projektperiod och i viss mån efteråt. De olika perspektiv som beskrivs i den här rapporten är: teamets, hemtjänstpersonalens, chefs, de anhörigas och vårdtagarnas.

Här beskrivs teamets reflektioner under pågående projekt. De handlar om gränser och svårigheter som de möter, men också om de möjligheter de ser och skapar. Man kan skönja en utveckling över tid när teamet känner sig mer säkra i förhållande till sitt uppdrag och varandra. Trots att två år är en relativt kort tidsperiod hinner medlemmar av teamet både börja och sluta, vilket också påverkade arbetet. Reflektioner görs också i efterhand när projektet är avslutat och äldreomsorgen är på väg in i en ny fas. Team-medlemmarna beskriver vad som blev bra och mindre bra och vad de tror bidrog till detta. Genom teamets insatser klarade äldreomsorgen av att få balans i budgeten och att möta målgruppens behov av vård och omsorg i hemmet. Detta resultat skulle inte ha kunnat uppnås om det inte vore för att hemtjänstpersonalen också klarade av att anpassa sig till en förändrad arbetssituation. Teamet verkade inte på ett isolerat sätt i organisationen utan påverkade och påverkades av andra arbetsgrupper. På grund av att projektet medförde en minskad användning av korttidsplatser, ökade insatserna i hemtjänsten, vilket fick återverkningar för personalen där.

Beskrivningen som ges i rapporten kännetecknas inte av att ytan är blank.

Rapporten innehåller även kritik och självkritik som andra kan lära sig av som vill starta liknande projekt. Hemtjänstpersonalen kritiserar till exempel teamet för att inte ha lyssnat på deras krav och önskemål tillräckligt mycket. Även om de gav olika bilder av vilket stöd de fick från teamet, var den enhetliga uppfattningen att projektet innebar ett svårare arbete för dem. När projektet led mot sitt slut funderade teamet över hur de skulle ha kunnat möta hemtjänstens behov på ett bättre sätt om de hade kunnat vrida klockan tillbaka. En slutsats var att de hade kunnat förebygga en del av denna kritik om de hade haft naturliga mötesplatser med hemtjänsten, samt om de hade haft ett tydligt uppdrag att arbeta med hemtjänsten. Eftersom projektet innebar en expansion av hemtjänsten, ökade dessutom antalet nyanställda som teamet behövde nå ut till, vilket också försvårade kommunikationen.

Förändringsprocesser brukar inte ske utan gnissel. Frustrationer, spänningar och konflikter kan ses som en naturlig del av förändringar. Frågan är om kritiken mot teamet är berättigad eller inte? När man värderar detta bör man jämföra situationen under teamets tid med tiden innan projektet och även med de processer som pågick inom ramen för ordinarie verksamhet. Det är annars lätt att man i en utvärdering enbart kritiserar det som pågår i projektform. Projekt innebär i sig ett utprovande av arbetsformer under en tidsbegränsad period, vilket i sig bidrar till ett högre risktagande. Om det inte finns en tolerans för att konflikter uppstår är det bättre att avstå från att starta projekt.

Chefens roll i sammanhanget kom fram både via teamets reflektioner och genom hennes egna tankar. Teamet beskrev framför allt chefens fokus och gränssättningar som betydelsefulla. Målsättningarna för projektet var tydliga från början. Men vägarna dit, det vill säga hur teamet skulle arbeta för att nå dessa hade inte formulerats. På så sätt fanns det en stor frihet för teamet att själv hitta formerna för sitt arbete.

Intervjuerna med anhöriga och vårdtagare visar på betydelsen av att få begriplig information och att få vara delaktig i vården. Intervjuerna rörde sig om personer som vårdades hemma i livets slutskede och det som kom fram var att det betydde mycket att få vård i hemmet av personal som var välkända sedan tidigare. Intervjuerna lyfte också fram betydelsen av att vårdtagarna fick sina individuella behov tillgodosedda och att de blev bemötta med respekt och empati. Att få avsluta livet i hemmet kan ge livskvalitet för dem som känner sig trygga i hemmet, men behovet av mänsklig närvaro varierar mycket mellan individer. En slutsats var att det är viktigt att kunna ge stöd även på nätterna, för dem som behöver det.

Sammanfattningsvis kan sägas att det finns stora vinster i att skapa tvärprofessionella team om gruppen får möjlighet att arbeta lösningsfokuserat och med en tydlig målsättning för sitt uppdrag. En arbetsorganisation som bygger på stor frihet och flexibilitet ställer emellertid stora krav på personalens förmåga att fatta rätt beslut utifrån en helhetssyn som tar hänsyn till en rad etiska, juridiska och ekonomiska frågor. ■

Rapportens syfte och disposition

Rapporten beskriver ett projekt som genomfördes inom äldreomsorgen i Göteborg under ett par år – KomHem-Teamet. Syftet med rapporten är att ge en teoretisk bakgrund till arbete i team, samt att beskriva och utvärdera projektet från olika perspektiv. Eftersom utvärderingen har genomförts som en kombinerad extern och intern utvärdering, innehåller rapporten olika beskrivningar av hur KomHem-Teamet arbetade och vilken betydelse detta arbetssätt fick för vårdtagare, anhöriga, övrig personal samt i den externa samverkan med hemsjukvården och sjukhuset. Olika perspektiv kommer till uttryck genom att olika medverkande har bidragit med sina tankar till den här rapporten.

Vem som är författare till respektive avsnitt framgår av texten. Alla som har varit med i teamet har medverkat som skribenter. För att de olika texterna skulle bli en rapport krävdes ett visst redaktionellt arbete. Vi är två personer som har haft ansvar för det arbetet: Lisbeth Lindahl och Margareta Andersson. Lisbeth har haft rollen som extern utvärderare av projektet medan Margareta har haft ansvaret för att samordna den interna utvärderingen samt för att intervjua anhöriga och vårdtagare.

I början av rapporten ges en kort bakgrund till projektet samt en teoretisk presentation av tvärprofessionella team, lösningsfokuserat arbetssätt och kvarboende. Därefter beskrivs syftet och metoderna som ligger till grund för dokumentationen och utvärderingen av projektet.

Som nästa avsnitt ges olika beskrivningar av KomHem-Teamet utifrån några olika perspektiv:

- En fallbeskrivning
- Utvärderarens dokumentation av teamets gemensamma reflektioner under det pågående arbetet
- Teammedlemmarnas egna reflektioner i efterhand
- Hemtjänstpersonalens attityder
- Några anhörigas och vårdtagares upplevelser
- Äldreomsorgschefens tankar i efterhand

Sist men inte minst avslutas rapporten med en diskussion. ■

Inledning

Margareta Andersson och Lisbeth Lindahl

KomHem-Teamet skapades i ett läge med ansträngd ekonomi som äldreomsorgen försökte lösa genom minskade kostnader för köpta korttidsplatser (Tuve-Säve, 2003). Senare kom teamet att även försöka minska behovet av korttidsplatser generellt och att minska antalet betaldagar för utskrivningsklara patienter på sjukhus. En viktig fråga är hur ett tvärprofessionellt team kan bidra till att skapa förutsättningar för hemgång efter sjukhusvistelse utan att ge avkall på kvaliteten i vården och omsorgen. De vårdtagare som teamet vårdplanerade för, var ju ofta de i störst behov av vård och omsorg, som innan projektet startade skulle ha erbjudits korttidsplatser.

Den här rapporten är resultatet av en formativ utvärdering av projektet som genomfördes mellan hösten 2004 och våren 2006. Syftet med det här arbetet var främst att bidra till ett lärande under projektets gång (se Lindberg, 2002). Denna typ av utvärdering skiljer sig åt från en summativ utvärdering som görs när ett projekt är klart (Vedung, 1998). Delar av projektet har utvärderats externt och andra internt. Lisbeth Lindahl som arbetar som forskare vid FoU i Väst/GR har haft rollen att ha den externa blicken. Den interna blicken har framför allt teamet haft på sig själva.

KomHem-Teamet pågick som ett projekt mellan januari 2004 och februari 2006. Teamet bestod av en biståndshandläggare, en sjuksköterska, en arbetsterapeut och en undersköterska med specialistkunskaper om demens. Ingen av dem arbetade heltid i teamet utan det hade personalresurser motsvarande 2,5 årsarbete. Deras chef var äldreomsorgens verksamhetschef.

Arbetsterapeuten var sedan tidigare anställd som arbetsterapeut i stadsdelen, men hade också en del utvecklingsuppdrag som projektledare. Sjuksköterskan som mer hade rollen som handledare och utbildare än som sjuksköterska, var utlånad från primärvården i Göteborg. Sjuksköterskekompetensen kom till nytta i de fall då patienter av olika skäl inte kunde få hjälp från hemsjukvården direkt efter hemgång. Undersköterskan arbetade inom äldreomsorgen sedan tidigare men med specialuppdrag av olika slag, bland annat med att ge anhöriga stöd.

Biståndshandläggaren som var med i början av teamet nyanställdes 2004 men slutade efter ett år. I januari 2005 nyanställdes en person i hennes ställe. Under hösten började även den andra biståndshandläggaren, som sedan tidigare var anställd inom äldreomsorgen, att arbeta i teamet.

För att tydliggöra vad som var nytt med KomHem-Teamets arbetssätt är det intressant att veta hur vårdplaneringarna genomfördes innan projektet startade. Då var det av olika orsaker vanligt att biståndshandläggaren vårdplanerade på sjukhuset utan att andra professioner medverkade. En förklaring till detta är att verksamheten innan projektet inte riktigt såg vikten av en samlad kunskap i bedömningen av vårdtagares behov och önskemål.

Under det första året vårdplanerade KomHem-Teamet för cirka tjugofem personer med stort vård- och omsorgsbehov. Under det andra året, då båda biståndsbedömarna deltog i teamet, var teamet mer eller mindre inblandade i samtliga vårdplaneringsärenden, cirka 140 stycken. Omfattningen av teamets verksamhet påverkades av att Tuve-Säve är en relativt liten stadsdel med ungefär 1 800 personer över sextiofem år (www.tuve-save.goteborg.se).

Efteråt kan man fundera över om de ekonomiska målsättningarna med projektet uppnåddes? När teamet startade bodde nio personer från Tuve-Säve på externa korttidsplatser på Hisingen¹. Målsättningen var att lyckas minska antalet köpta platser till en endast extern plats, fram till december månad 2004. KomHem-Teamets och hemtjänstens arbetsätt ledde emellertid till att antalet platser minskade till noll redan i maj månad samma år. Under 2005 använde stadsdelen inga externa korttidsplatser fram till i juli månad, då en person fick en sådan placering. I december samma år betalade stadsdelen för två korttidsplatser och behovet av dem kvarstod i februari 2006 då projektet avslutades.

Kostnaderna för hemtjänsten bör också tas med i beräkningen. Som en konsekvens av teamets arbete ökade behovet av hemtjänstens insatser, vilket ledde till en expansion av hemtjänsten. Tydliga mått på detta får vi om vi studerar ökningen av antalet årsarbetare. Under 2004 var det 34,2 årsarbetare i hemtjänsten till skillnad från 43,7 årsarbetare året efter. Detta motsvarar en ökning med tjugoåtta procent.

Det ekonomiska utfallet av projektet är bara en aspekt av det. Andra aspekter är så mycket svårare att mäta och beskriva. Tanken med projektet var att teamet skulle bidra till skapandet av en trygg och god omvårdnad i det egna hemmet, vilket skulle gagna både vårdtagare och anhöriga. Frågan är om det förändrade arbetsättet bidrog till ett lärande i organisationen?

Tidigare forskning vittnar om att det kan vara svårt för en organisation att behålla den kunskap och erfarenhet som skapas inom ramen för ett projekt (Johansson m fl, 2000). Frågan är hur det blev i det här fallet när projektet avslutades? En större organisationsförändring genomfördes i Tuve-Säve vid samma tidpunkt, vilket innebär att stadsdelen tog över ansvaret för hemsjukvården. Sedan dess arbetar hemtjänsten och hemsjukvården i samma organisation under en och samma chef samt i gemensamma lokaler. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt hemtjänstpersonal och biståndshandläggare arbetar mer tillsammans och utgår från samma ställe. Denna organisation skapar förutsättningar för ett ökat samarbete och att personalen kan lära känna varandras kompetenser. Vårdplaneringar görs idag av ett team med särskilda personer där även ersättare kan kallas in vid behov. Teamets karaktär har däremot förändrats i och med att det inte är ett separat team som arbetar i projektform. Det som finns kvar av KomHem-Teamet är att olika professioner deltar i vårdplaneringen och har ett kontinuerligt och nära samarbete i stadsdelen. ■

¹ Tuve Säve ingick i ett samarbete med andra stadsdelar på Hisingen i Göteborg som vid behov kunde köpa och sälja korttidsplatser till varandra.

Arbete i tvärprofessionella team

Lisbeth Lindahl

För att få ett teoretiskt perspektiv på vad tvärprofessionella team är ges här en översiktlig beskrivning. Med facit i hand kan vi reflektera över vilken typ av team KomHem-Teamet var.

Att arbeta i tvärprofessionella team inom vård- och omsorgssektorn är ingen ny företeelse utan har förekommit under ganska lång tid. Frågan är vad team skall vara bra för? Argumenten för att skapa just team varierar. Ett argument är för att kunna möta komplicerade problem. Det tvärprofessionella teamet kan jobba utifrån en bättre *helhetssyn* på klienten eller vårdtagaren, jämfört med personer som jobbar enskilt. Ett annat argument är att teamet bidrar till *högre effektivitet* jämfört med enskilda personer som arbetar var för sig. Effektiviteten antas öka genom samarbetet mellan professioner. Studerar man den forskning som finns inom området finns det emellertid inget entydigt stöd för att dessa effekter uppnås och det är också oklart vilken typ av tvärprofessionellt team som är bäst ur effektivitetssynpunkt.

Ett tredje argument är att tvärprofessionella team skapar *nöjdare klienter*. I en situation med ökad konkurrens mellan verksamheter blir kundtillfredsställelse allt viktigare. Det finns vissa belägg för att klienter är mer nöjda med vård som erbjuds från tvärprofessionella team än från enskilda yrkesutövare. Ett fjärde argument är att tvärprofessionella team bidrar till ett *lärande* som även inbegriper en bredare kontaktyta mot andra professioner. Ett femte argument är att tvärprofessionella team medför *högre arbetstillfredsställelse* och *socialt stöd* (Thylefors, Persson och Hellström, 2005) samt *bättre arbetsklimat* (Sandberg, 2004). Det finns även visst stöd för att team ger medlemmarna ett emotionellt och professionellt stöd samt bidrar till högre grad av empowerment än enskilt arbete (Thylefors, Persson och Hellström, 2005).

Sandberg (2004) som har studerat olika team, har försökt definiera ideala förutsättningar för team. Enligt honom skall teamet bestå av individer med särpräglade individuella kompetenser. Teamet skall heller inte vara för stort utan bestå av ett så pass begränsat antal medlemmar att dessa ofta möter varandra. Teamet skall dessutom ha omfattande inbördes interaktion och kommunikation med varandra och det skall finnas synergieffekter som ett resultat av teamets samarbete. Medlemmarna i teamet skall ha ett gemensamt ansvar för den verksamhet som bedrivs. Teamets verksamhet skall även ha tydlig autonomi på så vis att det finns klara gränser mellan teamets och den övriga organisationens ansvar. Slutligen skall verksamheten vara tydligt målinriktad och medlemmarna skall dela en gemensam kompetens och ha lika hög status i förhållande till varandra trots särpräglade kompetenser.

Hur man samarbetar med varandra skiljer sig emellertid åt mellan olika slags team. Thylefors med flera (2005) har definierat olika typer av team och benämnt dessa på följande sätt:

- Det multiprofessionella
- Det interprofessionella
- Det transprofessionella
- Det professionsupplösta

Det *multiprofessionella* är ett team med hög grad av rollspecialisering. Teamets medlemmar jobbar parallellt med varandra och har inte så mycket gemensamt arbete. Teamet koordineras centralt av en chef och kommunikationen kännetecknas av informationsförmedling, det vill säga överlämnande av uppgifter. Fördelarna med den här organiseringen är att teamets medlemmar är utbytbara, då de arbetar mycket självständigt.

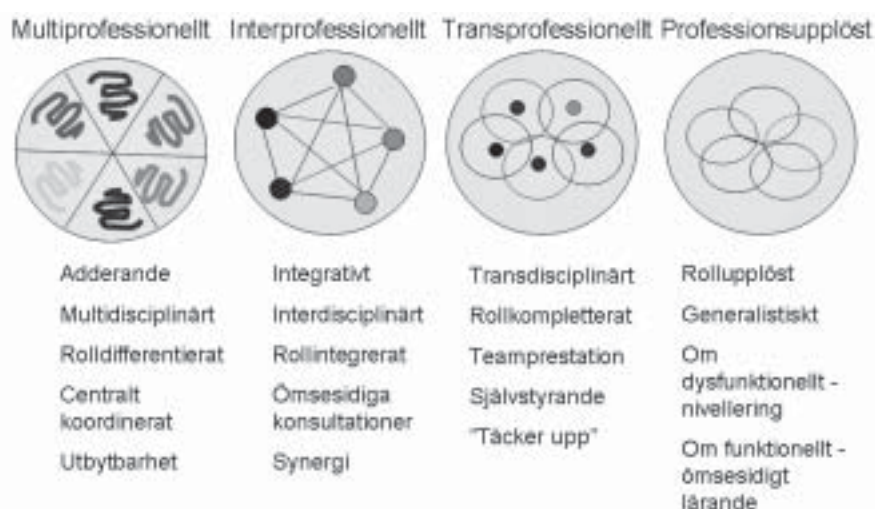
Det *interprofessionella* teamet samspelar mer med varandra än den förra typen. Teammedlemmarna kan sägas vara samspelande specialister som konsulterar varandra på ett ömsesidigt sätt och delar ansvar. De kommunicerar med varandra och uppnår synergi genom att arbeta rollintegrerat. Fördelen är att helheten är mer än summan av delarna.

Det *transprofessionella* teamet arbetar i stället på ett rollöverskridande sätt, trots medlemmarnas olika specialiteter. Medlemmarna är ömsesidigt beroende och strävar efter en gemensam prestation – teamets. Teamet är ofta självstyrande och har tät och flexibel interaktion. De täcker upp för varandra vid behov och är inte begränsade av sin yrkesroll.

Det *professionsupplösta* teamet som är den fjärde typen, består visserligen av medlemmar med olika specialiteter, men de arbetar som generalister. Det som är mindre funktionellt med den här typen är att man riskerar att förneka olikheter och konflikter när "alla görs lika". Det finns en risk för att teamet sänker sig till en nivå i prestationer som är lägre än vad var och en hade kunnat uppnå i ett självständigt arbete. Det som är funktionellt är att mångfalden leder till en bättre helhet och att lika arbetsroller och krav leder till lika lön. Dessutom leder den professionsupplösta gruppen till ett ömsesidigt lärande.

Figur 1.

Olika tvärprofessionella team (efter Thylefors, Persson & Hellström, 2005)



Det multiprofessionella teamet har minst närhet mellan medlemmarna, medan det professionsupplösta har högst. Det finns inget som säger att en typ av team fungerar bäst i alla situationer. Vad som är den bästa typen av team varierar med uppgiften och vilket klimat som råder i organisationen. Vad man har funnit är ändå att ju mer teamet liknar det transprofessionella, desto högre effektivitet uppnås.

Med tanke på att olika former av team kräver olika mycket tid för samarbete, vore det bra att identifiera i vilka situationer de olika formerna av team behövs. Utifrån bättre kunskap om det skulle man kunna välja arbetssätt beroende på vilka resurser som finns till förfogande, komplexiteten i klientens problem, klientens förmåga till självbestämmande, teamets mognad med mera (Thylefors m fl, 2005). En aspekt som är viktig att tänka på vid rekryteringen till och sammansättningen av ett team är att detta arbete även kräver social kompetens. Det räcker inte med yrkesskicklighet hos de enskilda medlemmarna.

En nyligen gjord studie redovisar faktorer som har visat sig öka effektiviteten i team. Dessa är: (1) en stödande atmosfär i teamet, (2) hög grad av aktivitet mellan alla medlemmar, samt (3) uppmuntran av goda individuella prestationer. Enligt Sandberg (2004) kännetecknas det optimala teamet av en god kommunikationsförmåga och bra förhållanden mellan medlemmarna. Enligt Tjosvold (1995 i Sandberg) påverkas produktiviteten positivt av ett kommunikationsmönster som kan beskrivas bestå av "konstruktiva motsättningar". Detta innebär i korthet att teamets medlemmar diskuterar sina uppfattningar i en anda av samförstånd där de granskar både sina egna och andras bidrag. Frustrationer uttrycks öppet, vilket bygger på en ömsesidig respekt och en öppenhet för att påverka andra och låta sig påverkas (Sandberg, 2004).

KomHem-Teamet arbetade med relativt stor frihet att själva forma sitt arbetssätt utifrån befintliga lagar, regler och riktlinjer. De försökte finna lösningar på hur de skulle kunna tillgodose varje enskild vårdtagares behov av vård och omsorg. Man skulle kunna kalla deras arbetssätt för lösningsfokuserat. Dessutom arbetade teamet i en organisation med självstyrande grupper i äldreomsorgen, där en stor del av besluten fattades på den nivån där arbetsuppgifterna skulle utföras. För att spegla dessa förhållanden har vi valt att inkludera en beskrivning av "lösningsfokuserat arbetssätt" utifrån en organisation som liknar "adhokratin" (Mintzberg, 1993). ■

Att arbeta lösningsfokuserat i en adhokrati

Lisbeth Lindahl

Det lösningsfokuserade arbetssättet kommer ursprungligen från USA och användes först i behandlingsarbete med individer och familjer. Perspektivet är pedagogiskt och används i Sverige i behandlingsarbete med barn och ungdomar, i korttidsterapier och i förändringsarbete på arbetsplatser. Arbetssättet bygger på att man fokuserar på lösningarna i stället för på problemen. Det bygger också på respekten för individers och grupperns förmåga att lösa egna problem (www.pandionomsorg.se).

Det lösningsfokuserade hänger nära samman med ett flexibelt arbetssätt som uppmuntrar till ett tänkande som går utanför ramarna, ett divergent tänkande. Motsatsen är ett problemfokuserat, statiskt förhållningssätt och konvergent tänkande. Mintzberg som är en klassisk organisationsteoretiker benämner den flexibla organisationsmodellen för adhokratin.

Ad hoc betyder ungefär oplanerad, informell vilket kännetecknar en organisation som bygger på en ständig flexibilitet i förhållande till uppgiften. Adhokratin bör inte stelna i byråkratiska strukturer, utan är en organisation i ständig rörelse. Föränderligheten är så att säga inbyggd i grundmodellen. En sådan organisation ger hög grad av frihet och ansvar till experter i organisationen. Skarpa gränser mellan avdelningar, formella strukturer och rutiner undviks för att hindra begränsande strukturer. Det som är viktigt är att nå målsättningarna med verksamheten, inte att använda rätt procedurer.

...unlike the Professional Bureaucracy, the Adhocracy cannot rely on standardized skills of these experts to achieve coordination, because that would lead to standardization instead of innovation. Rather, it must treat existing knowledge and skills merely as bases on which to build new ones. (Mintzberg, 1993, sid. 255)

Arbetssättet är i mycket hög grad decentraliserat så att besluten fattas på den nivå som är funktionell för att uppgifterna skall kunna utföras på bästa sätt. Ingen i organisationen har monopol på nytänkande, utan det är något alla förväntas vara delaktiga i.

Decision-making power is distributed among managers and nonmanagers at all levels of the hierarchy, according to the nature of the different decisions to be made. No one in the Adhocracy monopolizes the power to innovate. (Mintzberg, 1993, sid. 257).

Nu lämnar vi arbetssättet och organisationsformen och ger oss i kast med ett ämne som diskuterades flitigt under de år som KomHem-Teamet verkade. Varje tidsålder bär på sina ideal, normer och värderingar. Ett ideal som är tongivande idag handlar om att äldre människor skall bo kvar hemma så länge som möjligt (se Äldreomsorgsplanen för Göteborg på www.goteborg.se). ■

Kvarboende som möjlighet och svårighet

Marjaana Malm

En plan för äldreomsorgens utveckling 2002-2010 i Göteborgs Stad, betonas mål som gör det möjligt för äldre att leva och bo självständigt samt en satsning på god kvalitet och gott bemötande i vård- och omsorgsarbetet. Tre utvecklingsområden betonas särskilt:

1. Att det allmänna samhällsstödet förbättras så att äldres möjlighet att leva ett självständigt och oberoende liv stärks för att behovet av insatser från äldreomsorgen ska senareläggas.
2. Att stödet, vården och omsorgen utvecklas så att fler får möjlighet att bo kvar i sin ursprungliga bostad eller boendemiljö.
3. Att få samspelet mellan äldreomsorgen och sjukvården att fungera på ett bra sätt.

Äldreomsorgsplanen visar att Göteborg har antagit kvarboendepincipen som utgångspunkt för den framtida äldreomsorgen och framhåller betydelsen av en förbättrad samverkan mellan kommun och landsting. Detta är av betydelse för varje enskild stadsdels arbete med att utveckla äldreomsorgen.

Historiskt sett har hemmaboendeideologin och kvarboendepincipen påverkat den offentliga äldreomsorgen sedan 1960-talet. Idén med att göra det möjligt för äldre att bo kvar i sina hem, kommer ursprungligen från England på 1950-talet. I Sverige vid ungefär samma tid debatterade Ivar Lo-Johansson, om behovet av hemvård som alternativ till de gamla ålderdomshemmen. Samtidigt startade Röda Korset på frivillig grund hemtjänst i Uppsala (Dunér och Nordström, 2003).

Propagerandet för hemmaboende är med andra ord ingen ny företeelse. Men det finns också kritiska röster. Lennarth Johansson (2004) skriver till exempel i sin artikel "Kvarboende – till vilket pris?" att Sverige nu upplever den fjärde vägen av hemmaboendeideologi. Johansson menar att den här fjärde vägen kännetecknas av kommunernas och landstingens kärva ekonomi, vilket inte har varit fallet tidigare. 1950-talets väg präglades av en socialpolitisk strid efter att kritiska reportage hade uppmärksammat misären inom åldringsvården. Detta resulterade i ett stopp på institutionsutbyggnaden till förmån för en utveckling av vården i hemmet. Den väg som ägde rum på 1980-talet kännetecknades i stället av normaliseringsprincipen och den enskildas självbestämmande, vilket kan ses mot bakgrund av den nya socialtjänstlagen som kom då. Den förändring som påverkade äldreomsorgen på 1990-talet var framför allt Ädelreformen. Den genomfördes bland annat i syfte att decentralisera vården och omsorgen från institutionsvård till hemvård, men även för att rätta till svårigheter för kommuner och landsting att samverka (Hjalmarson & Norman, 2005).

Dagens hemmaboendeideologi grundar sig på att kommunerna inte har råd

med samma nivå på institutionsvården som tidigare (Johansson, 2004). Strategin är därför att i första hand tillgodose behoven av vård och omsorg i det egna hemmet. Bengt Johansson (2004) ställer sig emellertid frågande till hemmaboendeideologin. Han menar att den framtida utmaningen ligger i att kunna utveckla fler och bättre alternativ för att bo och leva på äldre dar, och att arbeta med förebyggande insatser för äldre genom att stärka den äldres och det sociala nätverkets resurser. Han pekar dessutom på behovet av insatser för att förbättra hälsan och livskvaliteten för äldre, en utvecklad rehabilitering samt av stöd till anhöriga som vårdar närstående i hemmet.

Socialstyrelsens lägesrapport 2004, "Vård och omsorg om äldre", beskriver en förändring av kommunernas utbud av vård och omsorg för äldre. Utvecklingen har förskjutits mot att hjälpa äldre att bo kvar hemma i stället för att flytta till särskilt boende, det vill säga ett nationellt accepterat av hemmaboendeideologin. I närmare hälften av landets kommuner har antalet platser i särskilt boende minskat de senaste fyra åren. Det som skiljer dessa kommuner åt är att cirka hälften av dem har kompenserat det minskade antalet platser på särskilt boende med en ökning av antalet vårdtagare som får hemtjänst, medan övriga kommuner inte har visat tecken på sådan kompensation. Socialstyrelsen menar att en följd av det minskade utbudet av platser i särskilt boende är en restriktiv biståndsbedömning. I de flesta kommuner betyder det att den äldre skall ha ett omfattande vård- och omsorgsbehov som inte kan tillgodoses i det egna hemmet, för att få plats i särskilt boende.

Socialstyrelsens slutsatser angående kommunernas minskning av antalet platser i särskilt boende, berör både kommunernas och landstingens långsiktiga prioriteringar av hemtjänst och hemsjukvård. Likaså behöver de båda parterna, kommun och landsting, utveckla bättre fungerande eftervård för exempelvis strokedrabbade personer. Socialstyrelsen lyfter även fram betydelsen av att förstärka stödet för anhöriga eftersom den gruppen får en allt viktigare roll när vården och omsorgen bedrivs i hemmet. Stat och kommun bör dessutom vidta långsiktiga och uthålliga åtgärder för att förbättra personalens arbetsförhållanden och anställningsvillkor samt utöka antalet personer med yrkeskompetens inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen menar att samverkan mellan kommun och landsting spelar en nyckelroll när hemmaboendeperspektivet förespråkas. Det poängteras även av Bengt Johansson (2004) som anser att det behövs ett integrerat och samordnat arbetssätt för sociala och medicinska insatser. Han föreslår därför att en huvudman, kommunen, ska ansvara för hemsjukvården i både ordinärt och särskilt boende. Johansson menar att konflikter och revirstrider skapas när ansvarsfördelningen är otydlig mellan olika huvudmän, vilket kan medföra risker för den enskilde. En god samverkan över huvudmannaskapsgränserna är en förutsättning för god vård och omsorg oberoende av hur ansvarsgränserna dras. ■

Utvärderingens syfte och metoder

Syftet med utvärderingen var att dokumentera och utvärdera KomHem-Teams arbete för att bidra till ett lärande. Tanken var att utveckla verksamheten och den praktiska kunskapen. Det är svårt att utvärdera en verksamhet som inte finns dokumenterad. Därför inriktades arbetet till stor del på att dokumentera teamets erfarenheter under projektets olika faser. Det har snarare varit processerna än effekterna av teamet som har varit i fokus för utvärderingen. De frågor vi utgick ifrån var framför allt:

- Hur arbetar teamet för att klara sitt uppdrag?
- Vilka svårigheter stöter teamet på i detta arbete?
- Hur arbetar teamet för att möta dessa svårigheter?

Den metod som användes var framför allt att teamet möttes och reflekterade över sitt arbete tillsammans med den externa utvärderaren. Teamet bidrog till dokumentationen genom att dela med sig av sina erfarenheter under pågående projekt för att undvika efterkonstruktioner som lätt skapas om man enbart ställer frågor i efterhand. För att även få teamets arbete speglat genom andras ögon, har beskrivningen även kompletterats med synpunkter från äldreomsorgschefen, hemtjänstens personal samt från anhöriga och vårdtagare. ■

Fallbeskrivning av situationen runt en vårdplanering

Jenny Högmark

En central del av KomHem-Teamets arbete handlade om medverkan vid vårdplaneringar på sjukhus. Teamet gjorde en gemensam bedömning av vårdtagarens behov inför utskrivningen. Följande berättelse är ett exempel på teamets upplevelser vid en vårdplanering.

Före och under vårdplaneringen på sjukhus

En äldre kvinna ligger på en geriatrisk avdelning med rehab-inriktning, efter att ha opererat bort en böld som suttit i ryggkanalen. Kvinnan är sedan tidigare känd av hemtjänsten och har haft dagliga insatser. På grund av en diagnostiserad Alzheimers har hon svårt att utföra alla dagliga aktiviteter på egen hand. Vid vårdplaneringstillfället är två anhöriga närvarande. De är oroliga för hur kvinnan ska klara av att återgå till sitt hem. Överläkaren på avdelningen har även förklarat för dem att *"Det är helt utsiktslöst att hon någonsin ska kunna återgå till sitt ordinära boende."*

När biståndshandläggaren förklarar hur de gör för att bedöma behov av korttidsplats, blir de anhöriga upprörda. Vårdtagaren skall först pröva att bo i det ordinära boendet innan korttidsplats beviljas. Anledningen till den här bestämmelsen är att man vill försäkra sig om att inte välja bort ett alternativ som skulle kunna fungera, utan att först ha provat detta.

De anhöriga frågar sjuksköterskan hur hon ser på saken och hon säger lugnt att hon inte kan bedöma det eftersom det är biståndshandläggaren från stadsdelens äldreomsorg som utreder behovet och bedömer hur det på bästa sätt skall tillgodoses.

Insatser från hemtjänsten planeras och datum för hemgång bestäms. Under vårdplaneringen kommer vårdtagaren inte till tals. Hon har tidigare klart uttryckt att hon vill vara hemma. Detta tror inte de anhöriga kan fungera och uppfattar en hemgång som helt utesluten.

Efter vårdplaneringen

Efter vårdplaneringen ringer en sjuksköterska från avdelningen upp biståndshandläggaren och ifrågasätter den planering som är gjord. Hon säger:

Gick inte informationen fram? Hade ni tänkt spanna fast henne med band?

Hon berättar vidare att läkare och sjukgymnast från avdelningen bedömer det som medicinskt felaktigt och oetiskt att skriva ut den här kvinnan till hennes hem.

Teamet diskuterar ärendet sinsemellan och tror att kvinnan har oanade resurser. I dagsläget är allmäntillståndet sänkt och hon befinner sig i en främmande miljö, så det är mycket som bidrar till det man ser på sjukhuset. Hur en

hemtam miljö skulle kunna påverka henne är det ingen som vet. Slutsatsen som teamet drog var att det var värt ett försök att pröva att låta henne komma hem. Hon längtade hem och att hålla henne hemifrån längre än nödvändigt skulle påverka henne negativt. Därför stod biståndshandläggaren fast vid den gjorda planeringen, trots sjukhusets påtryckning.

Överläkaren från avdelningen ringer upp biståndshandläggaren efter att sjuksköterskan som först ringt berättat att vi (KomHem-Teamet) inte avsåg att ändra vår planering. Han talar om att eftersom han är läkare ska biståndshandläggaren lyssna på hur han bedömer situationen. Biståndshandläggaren berättar då att hon har tagit med hans bedömning i beslutet men står fast vid den tidigare planeringen. Han blir frustrerad och frågar om han istället kan få prata med verksamhetschefen.

Vistelse på korttidsplats

Resultatet av telefonsamtalet mellan överläkaren från avdelningen och äldreomsorgschefen, blir en bokad korttidsplats. Men eftersom platsen inte finns ledig när den äldre kvinnan är färdig på sjukhuset, skall hon först komma hem under cirka en vecka.

När datum för den planerade hemgången kommer, står biståndshandläggaren och kontaktpersonen och väntar vid kvinnans port, men det kommer ingen taxi. Efter en halvtimme ringer biståndshandläggaren till sjukhuset. Sköterskan meddelar att de har ändrat datum för när kvinnan bedöms som medicinskt färdigbehandlad och att hon kommer att vara kvar på avdelningen fram till dess att hon kan komma till den lediga korttidsplatsen.

Hon vistas sen på korttidsplatsen till dess hjälpmedel är på plats och trösklar har justerats i hemmet. Sammantaget blir vistelsetiden sex veckor. Under denna tid hade teamet vårdplanering tillsammans med en orolig anhörig och sjuksköterska från korttidsplatsen. Den anhöriga tror fortfarande inte att kvinnan klarar av att bo i sin lägenhet.

I det ordinära boendet

Dagen för när hemgången ska bli av, går den äldre kvinnan fram och tillbaka i korridorerna på korttidsboendet och väntar på att få komma hem. Drygt en vecka efter hemgången görs en uppföljning av insatserna. Kvinnans kontaktperson från hemtjänsten är med. Det har visat sig att hon inte har behov av alla planerade besök av hemtjänsten, utan snarare blir störd av det spring som dessa besök medför. Den anhörige blir upprörd och orolig och vill inte att biståndet minskas utan lämnar mötet i vredesmod.

Fyra dagar senare gör biståndshandläggaren och undersköterskan i teamet hembesök hos kvinnan. Hon berättar att hon får jättefin hjälp och att hon har varit och besökt dagcentralen, vilket hon tyckte var trevligt. Vi sitter och pratar en stund och hon berättar hur hon brukar gå tillväga i olika moment i vardagen. Speciellt fiffig tycker hon att den svängbara duschbrädan är. Hon berättar att hon var rädd för att använda sig av den första gången, men tycker att den är fin och är glad för att hon har fått den. Kvinnan har kvar sin korsett som gör det svårt att röra sig. Trots det har hon lyckats putsa kristallkronan där hemma. Hon berättar att hon upptäckte smulor på mattan och att hon har försökt damm-

suga bort dem, men att hon varit tvungen att ge upp det projektet.

Idag är det cirka 6 månader sedan kvinnan kom hem och biståndshandläggaren har ytterligare dragit ned på biståndet, då behovet har minskat och hon klarar fler moment själv. Kvinnan besöker regelbundet dagcentralen och trivs med sin tillvaro.

Den anhörige har fortfarande svårt att hantera kvinnans sjukdomsbild och hur den påverkar kvinnan i det dagliga livet. Han misstror biståndshandläggaren och äldreomsorgens målsättning, men har förtroende för kvinnans kontaktperson. ■

Att arbeta i KomHem-Teamet

Lisbeth Lindahl

KOMHEM-TEAMETS UTVECKLING FÖRSTA ÅRET

Efter några inledande möten mellan mig och några representanter för teamet, bestämde vi att jag skulle hjälpa till med dokumentationen av det här projektet. En dokumentation var i det här fallet viktig som utgångspunkt för utvärderingen eftersom teamet arbetade på ett nytt sätt och det var viktigt att beskriva på vilket sätt det utvecklades.

Inför den första träffen fick teamet några frågor att fundera över som handlade om yrkesroll, synsätt, målgrupper och samarbetspartners. Alla fyra medlemmar i teamet var närvarande vid samtliga träffar. Detta var också ett uttalat villkor från min sida eftersom mötena också syftade till att team-medlemmarna skulle dela sina erfarenheter med varandra. Beskrivningen nedan utgår från tre dimensioner av KomHem-Teamet: individnivån, gruppnivån och teamets samverkan internt och externt.

Roller, arbetsuppgifter och specialistkompetenser

Roll och funktion i teamet

Vid den första träffen beskrev teammedlemmarna sin roll och funktion. Undersköterskan hjälpte hemtjänstpersonalen framför allt med vårdtagare med demens. Hon hade också mycket kontakt med anhöriga som vårdade närstående med demens. Hon upplevde rollen i teamet som ny, i och med att hon inte hade några regelrätta arbetskamrater som var undersköterskor.

Arbetssterapeuten höll i kontakterna med arbetsterapeuter i andra organisationer och såg till att hjälpmedel fanns på plats. Hon handledde också omsorgspersonalen i sådant som rörde rehabilitering. Om hon själv hade varit involverad i ett ärende kunde hon förskriva hjälpmedel men inte annars.

Biståndshandläggaren hade det formella ansvaret för biståndsbedömningen av de vårdtagare som teamet arbetade med. Informellt upplevde hon sig själv som "teamets plog" under det första halvåret genom att hon røjde vägen för de andra vid vårdplaneringsmötena på sjukhusen. Senare ändrade hon taktik och höll sig mer i bakgrunden och hanterade konflikter på ett annat sätt. Hon började förbereda vårdplaneringsmötena genom att först ha ett separat samtal med sjuksköterskan på sjukhuset. Som biståndshandläggare i KomHem-Teamet hade hon, jämfört med den andra handläggaren i stadsdelen, ansvar för dem som var svårast sjuka.

Sjuksköterskan i teamet jobbade brett utifrån sin vårdvetenskapliga kompetens och även utifrån sin roll som utvecklare. Hon arbetade bara undantagsvis med enskilda vårdtagares medicinska besvär eller omvårdnadsbehov. Hon kom att få rollen att formulera teamets uppgift, och tog initiativ till att skriva en

ansökan om projektmedel till delar av teamets verksamhet. När hon började satte teamet ihop en broschyr som beskrev deras verksamhet. Hon var också den som hade ansvar för utvärderingen av teamet.

Arbetsuppgifter

Undersköterskan erbjöd stöd till anhöriga som vårdade en dement närstående. Hon höll också i en cirkel för personal om bemötande och hade rollen som anhörigombud. Dessutom arbetade hon sida vid sida med hemtjänstpersonalen för att stödja dem i arbetet med tyngre vårdtagare. I de sistnämnda situationerna gjorde hon ordinarie undersköterskeuppgifter. I teamet gjorde hon det som behövdes för stunden, vilket också kunde handla om att ta hem kläder som behövde sys om för en sängliggande vårdtagare. Hon arbetade lösningsfokuserat, liksom de andra i teamet, i syfte att förebygga eller lösa problem.

Arbetsterapeuten hade i uppgift att undersöka behov av hjälpmedel i hemmet och försöka ordna så att dessa fanns på plats när en person skulle komma hem efter sjukhusvistelse. Hon hade mycket kontakter med arbetsterapeuter i andra organisationer, hemsjukvården och primärvården. Hon misstänkte att hon uppfattades "trampa andra på tårna", eftersom hon gick utanför sitt formella ansvar i de här kontakterna. Men om allt hade fungerat som det borde enligt gällande samverkansavtal, skulle en stor del av hennes arbete inte ha behövts. Det var problematiskt att hemsjukvården enbart hjälpte patienter som var inskrivna där och att det enbart var läkare som kunde skriva in nya patienter i hemsjukvården.

Biståndshandläggaren hade hand om alla biståndsbeslut och medverkade i en anhörigcirkel tillsammans med sjuksköterskan. Hon pratade mycket med hemtjänstpersonalen och stöttade dem i arbetet med svårt sjuka vårdtagare. Hon hjälpte också till med det som behövdes för stunden, som att flytta möbler eller att bära hem blöjor vid akut behov av den hjälpen.

Vid de första mötena med teamet berättade sjuksköterskan om sin handledande och utbildande roll. Hon var den som planerade cirklarna för personal och anhöriga. En viktig del i att stödja vårdtagare att kunna bo kvar hemma, handlar om att ge anhöriga stöd och avlastning. Detta gavs både individuellt och i grupp. Sjuksköterskan arbetade utifrån en bred bas och gav även råd om vart de kunde vända sig i sociala ärenden.

I situationer när det fanns ett akut behov av hjälp utvidgades hennes roll till att även omfatta medicinska insatser. Exempelvis kunde det uppstå nödsituationer då vårdtagare skrevs ut från sjukhuset i samband med helger om hemsjukvården inte hade hunnit bli informerade. I sådana situationer kunde teamets sköterska rycka in tillfälligt och till exempel ta ansvar för att fördela mediciner i en dosett. Detta medförde att hemtjänstpersonalen kunde hjälpa vårdtagaren att ta sina mediciner². De andra i teamet kommenterar detta med: *"Hon har till och med FASS i baksätet av bilen."* I det här specifika fallet riskerade vårdtagaren annars att bli utan viktig medicin efter hemkomsten, för även om ApoDos hade beställts, dröjde det flera dagar innan den färdigdoserade medicinen var klar att hämtas ut från apoteket.

² Enligt reglerna får undersköterskor endast ge mediciner på delegation av en legitimerad sjuksköterska. Detta avser mediciner direkt ur burkar och ej apoteksförpackad medicin.

Specialistkompetens

En fråga som ställdes till teamet handlade om hur de klarade att arbeta gränsöverskridande och ändå behålla sin specialistkompetens. Undersköterskan som är specialiserad på demensvård tyckte att hon fick påfyllning i yrkesrollen genom att arbeta mycket ihop med de andra undersköterskorna i kommunen. Arbetsterapeuten ingick i ett nätverk med andra arbetsterapeuter och hade dessutom mycket kontakt med sina kollegor i kommunen. Det som påverkade detta positivt, var att ingen av team-medlemmarna arbetade på heltid i teamet utan även hade kontakt med sina andra arbetskamrater.

Biståndshandläggaren påpekade att de som arbetar som biståndshandläggare gör det på olika sätt och att hon med sin utbildning som socialpedagog inte var direkt förberedd för det här arbetet. Det hade varit annorlunda om hon hade läst det sociala omsorgsprogrammet. Hon hade omskolat sig till socialpedagog och terapeut relativt nyligen. Och även om hon hade kontakt med andra biståndshandläggare, deltog hon inte i regelbundna möten med dem.

Sjuksköterskan beskrev sig främst som utvecklare med en bakgrund som sjuksköterska och den medicinska kompetens som ligger i yrkesutbildningen. Hon har dessutom specialistkunskaper i palliativ vård. Hon ingick inte i något nätverk med andra sjuksköterskor utan ingick i andra nätverk.

Teammedlemmarna upplevde inte någon risk för att de som enskilda personer kompromissade för mycket med sin egen specialistkunskap och sitt perspektiv i gruppen. De trodde att de klarade av att både behålla sin egen specialitet och att vara flexibla genom att de var tryggt förankrade i sin yrkesroll. Detta och användningen av en öppen kommunikation ansåg de borgade för att deras olika synsätt kom fram i teamet.

Gränser för yrkesrollen?

Gränser inåt och utåt

Eftersom teamet inte hade funnits så länge var rollerna nya. Arbetsterapeuten och undersköterskan var de första som rekryterades till teamet. Kort därefter anställdes biståndshandläggaren. Sjuksköterskan var den som började sist av dem, under senvåren samma år.

När en yrkesroll är ny tar det ofta tid att hitta gränserna för vad som skall ingå i rollen och hur kontakterna med omvärlden skall se ut. Teamets medlemmar beskrev sig själva som flexibla, att de arbetar problemlösande och att de inte var fastlåsta vid bestämda arbetsformer. Denna flexibilitet ställde emellertid krav på gränser för att de som enskilda personer inte skulle överhoppas av alltför mycket arbete eller press. Gränserna för yrkesrollen blev synliga i situationer då det uppstod konflikter. Det handlade om olika saker såsom ansvarsgränser, rättigheter och skyldigheter och etiska frågor. Gränserna handlade även om relationerna inom teamet och utåt mot andra enheter och organisationer.

Undersköterskan samarbetade med alla andra i teamet och kompletterade ofta de andra i teamet som behövde hjälp. Det kunde handla om att ringa ett telefonsamtal till en läkare eller att förbereda hemtjänstpersonalen genom att informera om vad en enskild vårdtagare behövde för hjälp. Hon var mycket tillgänglig för de anhöriga som till och med kunde ringa hem till henne på kvälls-

tid. Gränserna mellan henne och hemtjänstpersonalen var inte heller så skarpa. Hon hade fått höra en del negativa kommentarer från dem. Kanske var det så att hon som undersköterska uppfattades som mer likställd och därför fick höra mer kritik än de andra i teamet? När vi diskuterade gränser, beskrev hon inte det som något problem. Den gräns hon upplevde sig behöva kring sin yrkesroll handlade om andra saker som att hon inte kunde tänka sig att ta hand om en vårdtagares ekonomi.

Arbetsterapeuten beskrev mer av de gränskonflikter som hon upplevde i kontakterna med kollegor i primärvården och hemsjukvården. Meningsskiljaktigheterna uppstod för att de andra organisationerna slog vakt om de regler som gällde för deras verksamheter. Hemsjukvården bevakade noga den gräns som handlade om att inte förskriva hjälpmedel förrän det hade gått tre dagar efter sjukhusvistelsen, eftersom den perioden var sjukhusets ansvar. Likaså nekade hemsjukvården hjälp till de vårdtagare som inte var inskrivna som patienter i deras organisation.

I praktiken fungerade inte dessa rutiner vilket gjorde att arbetsterapeuten ofta fick agera för att åtgärderna ändå skulle komma till stånd. Om detta inte gjordes skulle det få konsekvenser för både vårdtagare och personal. Det kunde till exempel handla om att en person inte kunde flytta hem förrän en höj- och sänkbar säng hade införskaffats. Arbetsterapeuten beskrev hur hon försökte nå överenskommelser med enskilda personer i de andra organisationerna, men att det ibland uppstod konflikter. Det hjälpte inte att äldreomsorgschefen hade informerat om hur teamet arbetade. Det uppstod ändå svårigheter.

Biståndshandläggaren beskrev i början av träffarna att hon lånade lite av en annan kollegas förhållningssätt vid vårdplaneringarna, vilket underlättade det arbetet. Innan sjuksköterskan anställdes samarbetade hon mest med undersköterskan. Efter att sjuksköterskan anställdes hade hon också en hel del samarbete med henne. Sjuksköterskan upplevde att hon samarbetade med alla i teamet.

Etiska dilemman

Biståndshandläggaren beskrev de dilemman som hon upplevde i sin yrkesroll. Det var till exempel svårt att motivera att en vårdtagare skulle hem från sjukhuset om hon inte själv trodde på det. Under våren flyttades besluten om placering på korttidsboende och permanenta platser över till äldreomsorgschefen vilket väckte dubbla känslor hos biståndshandläggaren. Å ena sidan var det en befrielse att kunna hänvisa alla kritiska samtal till sin chef, å andra sidan innebar det ett minskat beslutsutrymme för henne själv. Det som upplevdes som svårast ur moralisk synpunkt var att vårdtagare med bättre hälsa från en annan stadsdel kunde få en korttidsplats, medan de som var svårast sjuka i den egna stadsdelen skulle hem direkt från sjukhuset.

Någon i gruppen föreslog att de skulle hänvisa till chefen, när de tyckte det var svårt att bemöta kritik: *"Man kan säga, jag har inte rätt att fatta det beslutet utan det är min chef som bestämmer det."* De andra invände mot det förslaget. De trodde att det kunde skapa förvirring hos vårdtagare och anhöriga. Arbetsterapeuten lyfte fram att de hade olika utgångspunkter i kraft av sina olika yrkesroller: *"Min främsta anledning till att arbeta är inte pengarna utan att hjälpa. Chefen ser mer till pengarna, men det är hennes uppgift."*

Teamets målsättningar och uppdrag

Teamets målsättning var att arbeta utifrån enskilda individers behov och försöka hitta skraddarsydda lösningar för varje vårdtagare. Unikt för teamet var att de jobbade med de ”svårast sjuka” eftersom det var den grupp som tidigare skulle ha fått en korttidsplats. Förutom att arbeta för ökat kvarboende, hade de också i uppdrag att gå i täten för ett nytt arbetssätt.

Vi har som uppgift att öppna staketet. Vad vi behöver göra är att komma överens med dom som är på andra sidan staketet. Få dom att tänka annorlunda./.../ Det smittar märker man, exempelvis när jag har haft kontakt med hemtjänsten i Säve. De jobbar väldigt bra där. Då kan man få en motfråga: kan man tänka så?

Teamets självbild, ideal och mandat

Vid det sista dokumentationstillfället, när det stod klar att biståndshandläggaren skulle lämna gruppen, påpekade medlemmarna att det krävdes speciella egenskaper för att passa in i teamet. De egenskaperna handlade om att vara orädd och att gilla utveckling och utmaningar. De tyckte också att de hade en öppen och rak kommunikation i förhållande till varandra som gynnade samarbetet: *”Det är lätt att vådra, ingen som biter ihop och säger att 'det ska bli så bra så' [uttrycks ironiskt].”*

Teamet var en tillfällig lösning och medlemmarna var medvetna om att de skulle upplösas vid slutet av 2005. De tyckte att team-samarbetet var unikt jämfört med deras tidigare erfarenheter av samarbete. De upplevde sig lite grand som en familj. Vid mitt första möte med teamet hade de inte beskrivit sitt arbete på det sättet. Tre månader senare lyfte de fram det här, kanske för att de hade utvecklats som team under den här tiden eller på grund av det faktum att de stod inför en förändring när den dåvarande biståndshandläggaren skulle sluta.

Det de uppfattade som unikt med sitt samarbete var att de hade lika stort ansvar tillsammans. De delade inte upp ansvaret sinsemellan utan hade ett gemensamt ansvar för att nå sina målsättningar. *”I många andra sammanhang jobbar man mer utifrån ett begränsat ansvar, man lägger sig inte i.”* I teamet la de sig också i vad de andra gjorde genom att ställa frågor till varandra. På så sätt hjälptes de åt både med bedömningar och hur de skulle agera i ett konkret ärende.

Det är inte som att samarbeta, då har man sitt eget spår. Det här är större.

Mer som en familj.

Man får fundera över, vad kan jag bidra med utifrån min kompetens för att det ska bli bra?

Jag ser till helheten och kan fråga om olika saker som vårdtagaren behöver hjälp med.

De såg sitt arbetssätt som något man borde sträva efter generellt. Jag frågade hur det kom sig att de samarbetade mer just i det här teamet. De trodde att det berodde på att de var inriktade på något nytt, vilket krävde nya sätt att tänka och arbeta på. När de kommunicerade med andra utanför teamet, blev de medvetna om att deras sätt att jobba skilde sig från andras sätt att tänka och arbeta. De hade mött reaktioner som vittnade om de strikta gränser som vanligtvis råder

i och mellan organisationer.

Teamet såg sitt arbetssätt som ett ideal. De ansåg att det var rätt att underlätta för vårdtagare att bo kvar hemma: *”Det blir så definitivt när de flyttar in på särskilt boende.”* Det de däremot upplevde som svårt var när anhöriga inte orkade med att vårda sin närstående längre. Äldre anhöriga riskerade att få en större börda när många svårt sjuka skulle bo hemma. För att motverka det försökte de förmå anhöriga att ta emot hjälp av hemtjänsten eller få lite avlastning genom att lämna sina närstående till dagverksamheten.

Målgrupper för teamet

Vårdtagarna var den viktigaste målgruppen för teamet. Alla insatser hade som mål att göra livet så bra som möjligt för de äldre som skulle hem efter en sjukhusvistelse. För att anhöriga skulle orka vårda sina närstående med sjukdomar och stora omsorgsbehov, försökte teamet även stödja dem. Stöd gavs individuellt och i grupp genom cirklar. KomHem-Teamet berättade att deras arbete påverkades mycket av de anhöriga. Det fanns ett ömsesidigt beroende dem emellan. De hade kontakt med anhöriga som ställde upp och medverkade till att vårdtagarna skulle hem efter en sjukhusvistelse. Men de mötte också anhöriga som tvärtemot motarbetade hemgången, vilket innebar ett svårare arbete för dem i teamet.

Det hände ibland att anhöriga gick emot en vårdtagares uttryckliga önskan vilket komplicerade situationen. En ny situation som teamet behövde hantera handlade om barn som kränkte sin gamla förälder. Frågan de ställde var hur man kunde få stopp på anhörigas övergrepp i de fall personen i fråga inte själv var medveten om att handlingarna var kränkande och vägrade lyssna. De behövde söka mer kunskap om just detta. Under tiden försökte de påverka de anhöriga tillsammans med hemsjukvårdens sköterskor och primärvårdens läkare.

När allt fler vårdtagare med stora omsorgsbehov började bo hemma förändrades också innehållet i hemtjänstpersonalens arbete. Innan teamet startade bodde de svårast sjuka vårdtagarna i större utsträckning på korttids- och äldreboende. Förändringen som kom i samband med teamets bildande innebar ett mer komplicerat arbete för hemtjänsten. Bland annat hade det blivit vanligare att de arbetade med vård i livets slutskede.

Chefens roll

Teamets chef var äldreomsorgschefen i stadsdelen. Sedan våren 2004 fattar hon beslut om placeringarna på korttidsplats och permanent plats på särskilt boende. Beslut om mycket omfattande insatser i hemmet stämde också av med henne. Hon tog också emot samtal från anhöriga som var kritiska till beslutet om att deras närstående skulle flytta hem. Detta är exempel på beslut som ”delegerades uppåt” för teamets del. Även om teamet tyckte att det var bra att de obekväma besluten inte behövde fattas av dem längre, reflekterade de över situationer som skulle kunna inträffa om de tvingades bidra till en vård och omsorg som de inte tyckte var moraliskt försvarbar.

Det ligger en fara i att vi bara får ta hem människor. Det kan bli urskillningslöst. Dom vi har tagit hem, det har vi fixat. Jag har inte varit orolig. Men det har hänt att vi har fått plocka hem någon trots att vi inte har trott på det. Det har varit chefens ansvar.

Teamets strategier

I situationer när teamet mötte motstånd, krävdes mer utarbetade strategier för att de skulle kunna nå fram med sitt arbetssätt. De beskrev det som oerhört viktigt att de var eniga vid vårdplaneringen och att de gav stöd till varandra i den situationen.

De tyckte också att det var viktigt att vara tydliga med ramarna för sitt arbete, till exempel att de kunde erbjuda mycket hjälp i hemmet men inte hade möjlighet att erbjuda korttidsplats. Anledningen till att de behövde hitta ett förhållningssätt var att vårdtagare och anhöriga ofta förväntade sig att flytta till en korttidsplats efter sjukhusvistelsen. I en del fall hade de fått den informationen från sjukhusets personal och trodde kanske att det var sjukhuspersonalen som fattade detta beslut.

För att orka med svåra situationer använde teamet sig av humor. Det var ingen medveten strategi att göra så utan snarare något som kom fram spontant för att det låg nära till hands. Jag uppfattade det som ett sätt att skapa distans till arbetet genom att kunna skämta om olika situationer. Skämt och skratt fungerar ofta som en ventil för frustrationer.

Olikheter inom teamet

Det fanns både likheter och olikheter inom teamet. Arbetsterapeuten upplevde att hon hade lättare för att göra sin egen bedömning av vårdtagaren än vad biståndshandläggaren gjorde. Arbetsterapeuten upplevde att hon kunde vara tydlig i förhållande till deras chef med vad hon tyckte. Biståndshandläggaren upplevde däremot att det kunde vara svårt att motivera att alla vårdtagare skulle hem. Men denna upplevelse förändrades något vid slutet av projektperioden. I och med att teamet hade kunnat påverka så att en av deras vårdtagare fick en permanent plats på ett äldreboende, uppfattade de inte gränsen som lika skarp längre.

En fråga som jag ställde när vi diskuterade olikheter, var om det fanns skillnader i expertstatus mellan de olika yrkesgrupperna, och i sådana fall om detta påverkade medlemmarnas möjligheter att påverka såväl internt som externt. Jag reflekterade över i vilken mån de olika team-medlemmarna var självbestämmande i förhållande till varandra, och uppfattade då att undersköterskan var mer utsatt i sin yrkesroll än de andra. Även om alla i teamet arbetade brett utifrån sin yrkesroll hade undersköterskan ansvar för fler av de odefinierade arbetsuppgifterna. Hon hade inte heller lika lätt att delegera uppgifter till de andra i teamet. Hon tyckte själv att hon hade vissa fördelar genom att hon slapp ifrån visst ansvar: *"Vissa samtal måste tas av biståndsbedömaren eller chefen. På det viset blir jag avlastad."*

Det är viktigt att vara medveten om att olika yrkesroller har skilda utgångspunkter. Även om alla roller har sina expertområden, har de olika status i förhållande till omgivningen. Hur länge ett yrke har funnits, grad av professionalisering med mera, påverkar dess informella status. Att det råder skillnader i människors värderingar av olika yrken kan visa sig i samtal med anhöriga, läkare och sjuksköterskor på sjukhuset, i kontakt med hemsjukvården med flera. Ofta kommer sådana värderingar inte heller fram i öppen dager utan snarare indirekt eftersom det inte är "socialt önskvärt" att prata om statusskillnader.

En annan viktig skillnad mellan de olika yrkesrollerna är att de faktiskt utgår från olika lagar och riktlinjer, krav på dokumentation med mera. Sjuksköterskor och arbetsterapeuter tillhör legitimationsyrkena och utför insatser som är reglerade i hälso- och sjukvårdslagen, förutom att de arbetar utifrån socialtjänstlagen när de verkar i äldreomsorgen. Biståndshandläggaren har en speciell roll som myndighetsutövare. Både hon och undersköterskan arbetar mer utifrån socialtjänstlagen än de andra i teamet.

Teamets utveckling

Erfarenheter som team

Vid det första gruppsamtalet hade teamet funnits i cirka nio månader även om alla medlemmar inte hade varit med hela tiden. Sjuksköterskan som hade varit med kortast tid hade ändå arbetat i teamet ett halvår när vi först träffades. Redan då pratade de om hur de hade vuxit som grupp. Rent konkret innebar det att de hade blivit bättre på att klara vårdplaneringarna ihop.

Hur blir en grupp en grupp och inte bara en samling individer? Vid den första träffen stod det klart att teamet inte hade några gemensamma möten inbokade. Det berodde på att ingen av dem arbetade heltid i teamet och delvis arbetade på andra ställen. Efter den träffen bokade de in fler gemensamma möten.

Vid den sista träffen hade teamet fått nya erfarenheter. De hade ordnat med en permanent plats på ett särskilt boende för en vårdtagare. Detta var ett trendbrott i och med att teamet hade skapats för att hjälpa vårdtagare att "komma hem direkt efter sjukhusvistelse" eller "att bo kvar hemma". Den nya erfarenheten innebar fler möjligheter för teamet. Även om de skulle fortsätta med sitt huvudsakliga uppdrag fick de en ökad flexibilitet och behövde inte tänka sig att behöva använda en och samma lösning in i absurdum.

Jämfört med att arbeta på ett "traditionellt sätt" i sin yrkesroll innebar arbetet i teamet ett större ansvar. Det innebar också en utveckling för dem som individer. Undersköterskan beskrev detta: *"Jag har vuxit otroligt i yrkesrollen sen i januari. Det var lite hysteriskt då. Nu har vi fått en erfarenhet och är lugnare i det vi gör."*

Samverkan i den egna organisationen

KomHem-Teamet samverkade med de andra inom äldreomsorgen. Arbetsterapeuten tillhörde en grupp som bestod av samtliga arbetsterapeuter i organisationen. Hon var dessutom involverad i olika utvecklingsprojekt i äldreomsorgen. Undersköterskan var också involverad i andra projekt inom äldreomsorgen och höll i anhörigcirklar, vilket var uppgifter utanför KomHem-Teamets arbete.

Biståndshandläggaren hade ganska svag anknytning till de andra handläggarna. Hon var relativt ny i stadsdelen vilket förstärkte de kontakter hon hade hunnit utveckla. Nackdelen med att jobba i en separat grupp som det här teamet gjorde, var att kontakterna med de andra biståndshandläggarna inte ägde rum på ett spontant sätt. Hon hade fått förfrågningar om att hjälpa till mer med de övriga biståndshandläggarnas ärenden i perioder när det hade varit mindre att göra i teamet. Motsatt hade handläggaren i teamet haft önskemål om att få hjälp från de andra handläggarna med att förbereda hemgångar från sjukhuset,

de dagar som hon inte själv var i tjänst (hon arbetade 60 %). Anledningen till att de behövde hjälpas åt var att det kunde bli stressigt att förbereda hemgångarna om hon inte fick de fem dagarna på sig som fanns i avtalet mellan sjukvård och kommun. Regeln var att sjukhuset skulle varsla fem dagar innan en patient skrevs ut.

En annan biståndshandläggare i stadsdelen hade dessutom ett stort inflytande på teamets arbete genom att hon tog emot fax från sjukhusen och bedömde vilka vårdtagare som teamet skulle ansvara för. Teamets biståndshandläggare upplevde att hon inte alltid fick relevant information från de andra handläggarna när viktiga förändringar ägde rum i organisationen.

Alla i teamet hade kontakt med hemtjänstens personal och som tidigare nämnts var teamet beroende av att hemtjänsten klarade av vårdtagare med stora behov av vård och omsorg. Teamet gav hemtjänsten mer arbete än vad de annars skulle ha haft, och var medvetna om att det kunde vara svårt att klara det. De påpekade att de såg hemtjänstens potentialer att växa med uppgiften. De tyckte att de klarade mycket mer än vad de hade trott från början.

I början gick jag dit mycket och var ett stöd för hemtjänsten. Det uppskattades./.../ Hemtjänsten har förändrats under resans gång. De säger inte längre – ska inte hon in på ett hem? De har fått en vana vid att klara de svåra fallen.

Frågan är hur hemtjänstpersonalen reagerade på dessa förändringar och om de upplevde att de fick tillräckligt stöd för att kunna utföra ett bra arbete? Teamet reflekterade kring att vissa grupper i hemtjänsten hade varit belastade med svåra fall och krävande anhöriga. De funderade över om de kanske skulle behöva handledning för att orka i längden.

Samverkan med andra organisationer

Samverkan med sjukhusvården

I samband med att en vårdtagare skulle hem från sjukhuset varslades stadsdelens biståndsenhet. Ofta genomfördes en samordnad vårdplanering på sjukhuset där vårdtagaren, anhörig, sjuksköterska och representanter från teamet var med. Dessa möten hade blivit lugnare, men det uppstod fortfarande konflikter kring vad en vårdtagare behövde och vem som hade ansvar för att tillgodose dessa behov. Sjukhusets personal tyckte ofta att patienten behövde komma till korttidsplats vilket skapade meningsskiljaktigheter när KomHem-Teamet inte erbjöd det. Teamet upplevde att den interna kommunikationen inte heller alltid fungerade på sjukhusen. Det hände att sjuksköterskor som de var i kontakt med saknade kunskaper om reglerna för varsel och betalningsansvar. Det var oftast biståndshandläggaren som kommunicerade med sjukhusen.

Samverkan med primärvården

KomHem-Teamet hade mycket god kontakt med en ny läkare inom primärvården. Den kontakten hade etablerats informellt via ett så kallat genombrottsprojekt. Det hade gett dem möjlighet att nå läkaren på ett enklare sätt till exempel i samband med att han var med och gick rond på Glöstorps hemmet. Egentligen var det primärvården som skulle ansvara för medicinerna när en vårdtagare

lämnade sjukhuset, men det fungerade inte alltid. Det kunde ta tid innan det var ordnat med ApoDos till exempel och eftersom hemtjänstpersonalen inte fick dela ut mediciner från burkar, behövde antingen hemsjukvården kopplas in eller medicinerna delas upp av teamets sjuksköterska.

Samverkan med hemsjukvården

Arbetsterapeuten som var den som oftast hade kontakt med hemsjukvården upplevde att arbetsterapeuterna där var misstänksamma gentemot teamet. Hemtjänstpersonalen som hade ringt till hemsjukvården hade känt sig kritiserade av dem. Det verkade finnas en misstro mellan organisationerna som visade sig i kommunikationen.

Konflikterna med hemsjukvården kan ha accentuerats av den diskussion som pågick vid den här tiden, om att ansvaret för hemsjukvården skulle komma att föras över till de enskilda stadsdelarna på Hisingen inklusive Tuve-Säve. Personalen i hemsjukvården kände sig kanske hotade av detta. Det finns också historiska förklaringar till motsättningarna mellan anställda i hemsjukvården och inom äldreomsorgen, eftersom hemsjukvården tidigare tillhörde primärvården, vilket ansågs som finare i statushänseende.

KOMHEM-TEAMETS UTVECKLING ANDRA ÅRET

Teamets sammansättning förändrades mellan 2004 och 2005. Biståndshandläggaren som hade varit med och skapat teamet, hade nu slutat och ersatts av en ny. Dessutom expanderade teamet under hösten 2005, för att inkludera en sjukgymnast, den andra biståndshandläggaren i organisationen samt ytterligare en arbetsterapeut.

Förändrat fokus

Efterhand som tiden gick kom teamet att ifrågasätta gränserna för sitt uppdrag. De tyckte att det var alltför begränsat att bara kunna erbjuda en lösning – vård i hemmet – i samtliga fall. Teamet reflekterade mycket kring grundidén att bidra till att de svårast sjuka vårdades hemma och motiven bakom detta. De tyckte i och för sig att det var bra att ha haft en så tydlig målsättning att jobba mot från början, för den tvingade dem att tänka på ett nytt sätt och hitta kreativa lösningar. Men med de erfarenheter de hade fått, tyckte de ändå att målsättningen var alltför snäv för att svara mot alla vårdtagares behov. Det kändes inte rätt att målsättningen skulle följas för principens egen skull, till exempel i de fall då vård i hemmet inte motsvarade vad vårdtagaren eller den närstående klarade av.

Teamet hade även andra uppdrag än att arbeta med vårdtagare och anhöriga. En uppgift handlade om att sprida sitt arbetssätt till hela äldreomsorgen, för att teamets kunskaper inte skulle stanna inom den egna gruppen. Följande är hämtat från dokumentationsträffen i september 2005.

(-Man ser inte alltid ett behov av förändring för egen del. Hur "hjärntvätta" dem som inte vill ändra sig?) /.../ Undersköterskan kontrade med att de inte behövde "hjärntvätta" någon för att de ändå påverkades. Hon gav ett exempel som handlade om en sjuksköterska som tidigare var skeptisk till KomHem-Teamet, men som nu hade tagit

till sig deras arbetssätt. ”*Idag är KomHem-Teamet accepterat på ett helt annat sätt än det var i början och det finns inget motstånd i organisationen längre*”.

Efter ett och ett halvt år upplevde de att de inte möttes av något motstånd från den egna organisationen. De trodde att det berodde på de ”solskenshistorier” som hade spritts, som handlade om ärenden där teamet hade varit involverade. Teamet upplevde också tecken på att andra personalgrupper hade börjat anamma deras ”sätt att tänka” och i stället för att skjuta ansvaret ifrån sig, såg sig som medansvariga.

Undersköterskan påpekade att det kanske hade hjälpt till att de hade fått höra en och annan solskenshistoria också. Att det hade fungerat bra att komma hem direkt från sjukhuset, trots att de var dåliga. Arbetsterapeuten instämde genom att säga: ”*Förut var det mer, jaha och hur ska ni lösa det då?*” Vi [teamet] var ju bara några stycken och skulle jobba så brett. Men eftersom vi är så få måste vi ju jobba tillsammans med andra. Men nu låter det mer som: ”*Hur ska vi lösa det här? De andra är med i tänket.*”

Teamet utvecklas och expanderar

Under det andra året mognade teamet och verkade mer säkra på hur de skall hantera svåra situationer. De valde mer strategiskt vilka personer som skulle medverka vid vårdplaneringarna på sjukhus. Sjuksköterskans närvaro underlättade ofta. De tyckte att sjukhusets personal lyssnade mer på en person inom den egna professionen än på andra.

I september arbetade undersköterskan inte lika gränslöst längre. Hon svarade till exempel inte i mobiltelefonen på kvällarna om det var från ett okänt nummer. Däremot hände det fortfarande att hon ryckte in och gjorde nödinsatser som att ”moppa av ett toalettgolv” för att underlätta arbetet för hemtjänstpersonalen.

Under det här året fattades det även beslut om att teamet skulle utökas med två personer. Äldreomsorgen hade annonserat efter en sjukgymnast och en arbetsterapeut som delvis skulle ingå i teamet och delvis arbeta med övriga uppgifter. Det var många som hade sökt tjänsterna, vilket team-medlemmarna uppfattade som positivt. Rekryteringen skedde också med tanke på att äldreomsorgen snart skulle komma att ta över hemsjukvården i sin egen organisation. De nya personerna anställdes hösten 2005.

Teamet diskuterade även samarbetet med den andra biståndshandläggaren i äldreomsorgen och mer konkret att teamet var beroende av hur hon valde ut deras ärenden. Teamets biståndshandläggare hade behov av ett närmare samarbete med den andra handläggaren för att de skulle arbeta mer enhetligt. Under våren 2005 bjöd teamet därför in henne till teamets möten och vid slutet av året var även hon med i det utvidgade KomHem-Teamet.

Projektet förlängs och upplever motgångar

KomHem-Teamet var från början tänkt som ett tillfälligt projekt som skulle pågå i ett år fram till december 2004. När det visade sig vara ett lyckosamt projekt som klarade sina målsättningar och dessutom bidrog till en ekonomi i balans, bestämde sig ledningen för en ettårig förlängning. Under 2005 fattades dessutom ett nytt beslut om att projektet skulle pågå fram till sommaren 2006. Motivet till det var att ledningen ansåg att teamet kunde hjälpa till med övergången till den

nya organisationen där hemsjukvården skulle integreras i stadsdelen. Men teamet var inte helt positivt till en sådan förlängning. De tyckte att teamarbetet visserligen hade varit utvecklande och lärorikt, men att det också hade inneburit att de hade fått investera mycket av sin energi i det. De hade fått vara så drivande i arbetet med det nya arbetssättet.

Eftersom de hade många andra projekt att driva parallellt med teamarbetet, upplevde de svårigheter att behålla den motivation som krävdes. Beslutet om förlängning kom att revideras och teamet upplöstes några månader innan den utsatta gränsen, i februari 2006.

Det var svårt för teamet att hinna med alla sina uppgifter, till exempel att stötta hemtjänsten. De var involverade i nya team och flera projekt. Under det här året fick de också uppleva att de inte alltid fick stöd för sina beslut vid vårdplaneringarna från sin chef och den chef som vikarierade under sommaren. Just sommaren hade varit en svår period med många "värdtunga vårdtagare". Avsaknaden av platser på särskilt boende i kombination med ett trögt system för anskaffande av platser, hade lett till betaldagar på sjukhus och placeringar på köpta korttidsplatser för första gången i teamets historia. Följande är hämtat från dokumentationen i september 2005.

Sjuksköterskan tyckte att det hade varit en tung sommar med många värdtunga. De hade också haft betalande på sjukhuset, som de inte hade haft förut. *"Chefen ropar i korridoren efter KomHem-Teamet"*.

Att teamets målsättningar inte förverkligades under sommaren kan ha flera förklaringar. Förutom de hinder som de stötte på som låg på organisatorisk nivå, trodde de också att gränsen hade nåtts för vad en del vårdtagare klarade i hemmet. Teamet hade bidragit till att uppskjuta behovet av särskilt boende genom att stötta deras anhöriga, men situationen fungerade inte hur länge som helst. Det finns gränser för vad anhöriga klarar, vilket återspeglas av vad teamet pratade om vid dokumentationsträffen i september 2005.

De förklarade att behovet av platser på särskilt boende hade uppstått nu på grund av att många vårdtagare hade kunnat klara av att bo hemma länge. Men att flera nu hade gått ännu längre in i sin demens, eller så behövdes ett boende för att de närstående inte orkade längre. Undersköterskan sa att hon mötte anhöriga i de cirklar hon höll och försökte få dem att orka lite till, men att det bara gick till en viss gräns.

Samarbete och konflikter med hemtjänsten

Under senhösten 2005 fick KomHem-Teamet reda på att hemtjänstpersonalen var kritiska till teamets arbete. Det hade skett en markant förändring i kontakten med dem, jämfört med de positiva signaler de hade mötts av i början. Som ett svar på detta bjöd teamet in hemtjänsten till sina måndagsmöten. Den kritik som kom fram i fokusgrupperna kom inte som någon total överraskning, men blev tydlig genom att den framkom i samlad form. Teamet trodde att kritiken i stor utsträckning berodde på kommunikationsproblem, vilket framkommer i nedanstående dokumentation från ett möte i december 2005.

Varför fungerar inte kommunikationen? Sjuksköterskan refererar tillbaks i tiden till utbildningsomgångarna, då hon hade sagt till hemtjänstpersonalen att

hon var till för dom och att de kunde höra av sig. Men det var ingen som hade gjort det. Det var flera i teamet som bekräftade att det var svårt att kommunicera med dem [hemtjänstpersonalen] i grupp. Det kunde vara svårt att få svar på en fråga när de ställde den till alla i gruppen. I vissa lägen verkade det inte finnas något ansvar för vårdtagaren. Det var lättare att prata om enskilda vårdtagare med en och en.

Hemtjänsten hade upplevt en kraftig expansion av biståndstimmarna under de senaste ett och ett halvt åren vilket även innebar att personalen ökade. Dessutom hade hemtjänsten varit organiserad i självstyrande grupper och skött flera av chefsfunktionerna själva. Baksidan av självbestämmandet visade sig i att personalen kunde blockera vissa aktiviteter. KomHem-Teamet kunde inte beordra personalen att göra något, eftersom de inte hade några befogenheter att göra det. De var inte överordnade hemtjänstpersonalen utan arbetade vid sidan av dem. ■

Teammedlemmarnas reflektioner

Tidigare beskrivningar av teamets erfarenheter har utgått från utvärderarens dokumentation från träffar med teamet. Beskrivningarna speglar en förändring över tid. Den dokumentation som gjordes har förstås påverkats av utvärderarens frågor och tolkningar även om innehållet har godkänts av teamet. I följande avsnitt beskrivs de enskilda teammedlemmarnas reflektioner efter projektets avslut. Det har gått mer än ett halvår när teammedlemmarna skriver detta.

De frågor som reflektionerna utgick från var:

1. Vad var det som gjorde att vi blev ett "bra" team?
2. Vad bidrog du med så att teamet blev ett "bra" team.
3. Hur gjorde du? Ge gärna exempel på en situation där du/några ur teamet lyckades lösa en svår situation/utmaning, vad var verksamt?

Arbetsterapeutens reflektioner

Viktoria Forsgren – var med och startade teamet 2004

Vad var det som gjorde att vi blev ett "bra" team?

Vi som blev tillfrågade och tackade ja till att delta i KomHem-Teamet. Vi var motiverade och intresserade av vårt uppdrag. Att vi hade ett tydligt, gemensamt mål och var villiga att prova nya vägar var en klar framgångsfaktor.

En ständigt pågående process var att stöta och blöta de hinder som uppstod för att hitta optimala lösningar för de vårdtagare som vi arbetade med. Att återkommande reflektera över det som hände och fråga oss själva vad vi bidrog med och hur vi kunde nå förbättringar underlättade snabba åtgärder.

Vi respekterade och tillvaratog varandras kunnande, synpunkter och idéer. Vi var beredda att se det unika i varje situation och att det krävde unika lösningar. Teammedlemmarna hade ett stort inflytande på arbetets upplägg vilket i början kändes lite "svajigt" men det löste sig genom livliga diskussioner. Vi var och är ansvarstagande individer som kan tänka "outside the box". Detta i kombination med en stor portion HUMOR gav oss bra förutsättningar för ett väl fungerande team.

Vad bidrog du med så att det blev ett bra team?

Att ha en yrkesbakgrund som utgår från att se resurser hos de vi jobbar för samt hitta enkla, okonventionella lösningar på situationer som uppstod var en klar fördel. Med tillit till övriga teammedlemmar hjälptes vi åt att gå utanför ramarna och hade tankarna inställda på att "vi löser detta". Ifrågasättande av det som var brukligt och envishet kom väl till pass.

Hur gjorde du?

Eftersom vi deltog som ett team redan vid vårdplaneringarna så hade vi en tidig ingång i alla "ärenden". Utifrån den information vi fick vid dessa tillfällen samt information från kollegor som eventuellt varit i kontakt med vårdtagaren vid sjukhusbesöket gällde det att planera och agera så att det som beslutades kunde genomföras.

I vissa fall kunde det bli ett glapp mellan sjukhusets, primärvårdens och/eller hemsjukvårdens organisationer. Ett exempel var en kvinna med stort behov av personlig assistans och hjälpmedel som kom hem en torsdag. Sjukhuset hade i detta fall enligt avtal inga skyldigheter att ordna med hjälpmedel i hemmet och hemsjukvården kunde inte komma förrän följande måndag. Hur skulle hemtjänsten kunna assistera kvinnan i fråga utan "verktyg"? Min uppgift i detta fall var att i samarbete med anhöriga och hemtjänsten se till att det kvinnan behövde fanns på plats innan hon kom hem för att hon skulle få bra förutsättningar för "rätt" assistans från den stunden hon kom hem vilket minimerade glappet mellan landsting och kommun.

Undersköterskans reflektioner

Therese Gahnström – var med och startade teamet 2004

Vad var det som gjorde att vi blev ett "bra" team?

Jag tror att vi teammedlemmar var bra på samarbete redan före KomHem-Teamets start, med andra personer i vårt arbete. Jag tror det var en lyckad gruppammansättning, att vi kompletterade varandra bra och att vi är/var personer som tar ett stort egenansvar. Dessutom hade flera av oss förmågan att gå utanför "yrkesramen" och ta ansvar om det plötsligt krävdes, även före KomHem-Teamet. I teamet var det personer med hög ansvars känsla. Dessutom tror jag att vi var och är personer som är och vill vara stolta över och lojala mot vår verksamhet.

Vad bidrog du med så att teamet blev ett "bra" team?

Min inställning som grundade sig på att "vi tillsammans ägde ett problem". Det var inte bara biståndshandläggaren som ägde problemet.

Min positiva inställning som brukar visa sig efter att jag har "gnytt" färdigt och gått i genom alla tänkbara katastrofer inför mig själv och övriga teamet. Att jag inte var rädd för att "kavla upp ärmarna och ta i rent praktiskt"

Hur gjorde du?

Ja vid ett tillfälle tog jag och NN "lagen i egna händer" och hämtade en person som KomHem-Teamet hade tagit hem från sjukhus till det egna boendet (där hustrun också bodde) där situationen absolut inte utvecklade sig till vad vi hade önskat. Vi ordnade en "korttidsplats" på G-hemmet och såg till att han kom dit. Jag tycker att vi tog det ansvar som äldreomsorgen måste ta när man prövar att ta hem människor i stort sett oavsett vad. Just vid detta tillfället fanns ingen biståndshandläggare eller verksamhetschefen på plats. Men KomHem-Teamet hade lovat de anhöriga på vårdplaneringen att om inte situationen hemma skulle fungera så skulle vi ta ansvar och lösa situationen. Det finns fler bra exempel men jag får nöja mig här nu...

Sjuksköterskans reflektioner

Margareta Andersson – började i teamet våren 2004

Vad var det som gjorde att vi blev ett "bra" team?

Jag upplevde att vi alltid hade vårdtagarens individuella behov framför ögonen! Vi strävade mot samma mål/målbild. Vi hade en gemensam värdegrund, en humanistisk människosyn. Ibland, några få gånger var jag tveksam till om det var det bästa att komma hem och vårdas i det egna hemmet men när jag tänker efter så tycker jag att det alltid fanns (undantag en eller två gånger) en anledning att pröva först och om det inte gick, ge vårdtagaren möjlighet att avsluta/ta farväl av sitt hem.

Vad bidrog du med så teamet blev ett "bra" team?

Det var alltid en gemensam angelägenhet för hela teamet oavsett hur många som var inblandade eller agerade. Jag tänkte alltid vad kan jag bidra med? Oavsett om det var rent medicinskt eller ej. Det blev så tydligt att vi, KomHem-Teamet, hade ett gemensamt mål - hem till hemmet med all hjälp som vi kunde uppbringa för att det skulle lösa sig så bra som möjligt för både vårdtagare och anhöriga.

Det kändes som en utmaning varje gång det "strulade" till sig på sjukhuset och vid vårdplaneringen när de redan hade bestämt att vårdtagaren skulle skrivas ut till en korttidsplats. Svårast blev det för biståndsbedömaren som ändå fick ta den slutliga "fighten".

Men vi hade stora möjligheter att påverka resultatet, det tycker jag var spännande och utvecklande.

Hur gjorde du?

Jag kände ett stort förtroende för kollegorna i teamet, det var självklart att ställa upp för varandra och jag minns inte någon gång där jag tvivlade på någons engagemang för vårdtagarnas bästa. Alla kände ett stort ansvar och vi var ju "handplockade" av äldreomsorgschefen till ett KomHem-Teamet som vi fick forma själva. Det var blandade känslor där jag i början funderade på hur vi skulle komma igång och arbeta ihop oss till ett välfungerande team, vi var ju ganska olika men ändå så lika?! Men det gick fortare än förväntat, tack vare tror jag att vi var intresserade och vågade testa något nytt och inte var rädda för att "hugga" i.

Biståndshandläggarnas reflektioner

Tre olika biståndshandläggare var involverade i KomHem-Teamet under projekt-tiden. Den första handläggaren som arbetade i teamet är 2004, Marjaana Malm, slutade efter ett år. Därefter började Jenny Högmark. Under teamets första år arbetade två andra biståndshandläggare vid sidan av KomHem-Teamet. En av dem, Margareta Björkegren, hade ansvar för att ta emot fax med utskrivning-smeddelanden från sjukhusen och utifrån denna information välja ut vilka vårdtagare som teamet skulle ansvara för. Under teamets sista halvår förändrades arbetsfördelningen så att även Margareta kom att ingå i teamet.

Jenny Högmark – började i teamet i januari 2005

Vad var det som gjorde att vi blev ett "bra" team?

Vi hade samma utgångspunkt, nämligen vårdtagarens bästa. Det är den viktigaste utgångspunkten och det kan ju tyckas vara en självklarhet, men ibland är det lätt att självklarheterna kommer i skuggan av alla praktiska problem som måste lösas. I teamet har vi haft en närhet till vårdtagarens och anhörigas perspektiv och det tror jag spelat en stor roll för hur vårat team har jobbat.

Vad bidrog du med så att teamet blev ett "bra" team?

Bidrag till diskussion. Öppenhet.

Hur gjorde du?

Exempel: Flertalet vårdplaneringar, där personerna hade ett stort behov eller som var mycket ängsliga/oroliga eller som hade anhöriga som var ängsliga/oroliga, var utmaningar och en del även svåra situationer. Det som vid dessa tillfällen fungerade allra bäst, var att ställa frågor utan att göra värderingar. Att lyssna och att inte besluta något under själva mötet, utan be om att få återkomma (beslut om korttidsplats eller särskilt boende kunde endast tas av verksamhetschefen). Att olika kompetenser fanns representerade vid själva vårdplaneringsmötet visade på ett engagemang, vilket troligtvis bidrog till en ökad trygghet hos den enskilde själv och dennes anhöriga och personal från avdelningen. Många vårdplaneringssköterskor som hade en bestämd uppfattning om att det fanns ett behov av korttidsplats, kom på andra tankar när hon/han fick höra att vi var ett team som jobbade för att det skulle vara tryggt och säkert med såväl hemtjänst som hjälpmedel och medicin från första dagen i hemmet.

Margareta Björkegren – arbetade i teamet från hösten 2005

Vid starten av KomHem-Teamet bidrog jag med råd/stöd till min kollega i teamet i svarare frågor. Senare ingick även min funktion i teamet och vi arbetade på lika villkor med samma uppdrag i det nu större KomHem-Teamet.

KomHem-Teamet i stadsdelen var ett sätt att våga satsa sig ur en ekonomiskt svår situation och samtidigt erbjuda mer möjligheter till ett kvarboende i ordinärt boende än tidigare. Båda delarna lyckades. Utan de samlade resurserna som fanns i KomHem-Teamet hade uppdraget inte varit möjligt att utföras. De behövde även utnyttjas effektivt och med ett personligt engagemang mot ett uppgjort mål. Även detta lyckades.

Lärdomarna av tiden med och i KomHem-Teamets verksamhet, tycker jag, visar att ett team behövs för att lyckas med uppdraget. Teamet måste också innehålla de olika yrkesprofessioner som är nödvändiga för att möta behoven.

Att vara flexibel och kunna gå över sina gränser i sitt uppdrag var även nödvändigt. En annan lärdom var också att alla personer inte skulle bo hemma, men att man kan prova först för att ge det ordinära boendet en chans. Det fanns många diskussioner av olika slag under teamtiden och många vara av etisk art. Ett ledord var att alltid ha den enskildes behov i centrum och utgå ifrån det. ■

Hemtjänstpersonalens perspektiv

Lisbeth Lindahl

Som ett led i utvärderingen genomfördes två fokusgrupper med hemtjänstpersonal i slutet av november 2005. Det var totalt 15 personer av drygt 40 anställda som deltog.

RESULTATET AV ENKÄTEN

Av enkätsvaren framgår det att de flesta deltagare hade lång erfarenhet från hemtjänsten och av att arbeta i Tuve-Säve. Alla utom en hade undersköterskeutbildning. Det de tyckte var mest positivt med arbetet var att det var fritt, omväxlande och självständigt samt kontakten med vårdtagarna. Det som var mest negativt handlade om stress och otillräcklighetskänslor. Några lyfte också fram konflikter mellan arbetskamrater. Deras bild av äldreomsorgen i Tuve-Säve var ganska positiv. Enkäten innehöll även ett par frågor om deras upplevelse av stöd och arbetssituation i stort. De var varken nöjda eller missnöjda enligt svaren på dessa frågor. Svaren varierade mycket mellan deltagarna.

Attityd till KomHem-Teamet

På frågan om vad de tyckte om KomHem-Teamet i största allmänhet var svaren mer negativa. På en skala där 1 betyder mycket bra och 5 betyder mycket dåligt, var genomsnittsbetyget 3,5. Det var bara två personer som var positiva. Sex personer hade kryssat i mittenalternativet, medan sju personer hade kryssat i att de tyckte teamet var dåligt eller mycket dåligt. Kommentarer till denna fråga var både neutrala och mer kritiska:

Vet inte så mycket om teamet

De finns nära oss om det är någon fråga.

Gör inte något bra jobb med uppföljning av vårdtagare.

Idén är bra men det blev inget bra utfall.

Tanken är god men märker inget samarbete utan att vi får ta hand om vårdtagaren.

KomHem-Teamet backar inte upp, ingen uppföljning, lyssnar inte!

Kunskap om och kontakt med KomHem-Teamet

Det framgick också att hemtjänstpersonalen visste ganska lite om KomHem-Teamets arbete. På en femgradig skala där 5 betyder "vet mkt lite" var genomsnittet för gruppen 3,4. Det var bara fyra personer som tyckte att de visste mycket om teamets arbete.

Deltagarna i grupperna hade inte heller haft mycket kontakt med KomHem-Teamet. Genomsnittet för gruppen var 3,6 på en 5-gradig skala där 5 betydde "ingen kontakt". Det var bara en person som hade haft ganska mycket kontakt

med teamet. Fem personer hade valt mittenalternativet, medan åtta personer uppgav att de hade haft lite kontakt. En person hade inte haft någon kontakt alls. Kommentarererna till denna fråga var:

Gällande en vårdtagare.

Har fått hjälp med en del men mycket negativt.

Har inte tagit larmen på allvar, sedan har det blivit försent!

RESULTATET FRÅN FOKUSGRUPPERNA

Spontana synpunkter om KomHem-Teamet

De spontana synpunkter som kom fram om KomHem-Teamet handlade om att hemtjänstpersonalen hade haft mycket lite kontakt med dem. Deltagarna berättade att de hade haft positiva förväntningar på teamet från början och att idén med ett sådant här team var bra. Det de var missnöjda med var det bemötande och den brist på hjälp som de hade upplevt. Teamets arbete hade inneburit tyngre och mer komplicerade arbetssituationer. Hemtjänsten hade fått arbeta i situationer som de inte ens hade hört talas om tidigare, där de fick gå hem sex, sju gånger per dygn till en och samma person. Det skapade en oerhörd press på dem. De uttryckte det som att teamet ”*dumpade vårdtagarna*” hos dem och inte följde upp. Att teamet sen gick ut i pressen och beskrev hur ”fantastiska” de var, blev droppen som fick bägaren att rinna över. När hemtjänstpersonalen möttes av kommentarer från omgivningen om hur bra de måste ha det i Tuve-Säve som hade ett så fantastiskt team, kände de inte alls igen sig.

De har ju gått ut i den här, det var ju nån tidning där de klappa sig för bröstet och tyckte att de var så duktiga och tog hem vårdtagarna. Det var enbart KomHem-Teamet. hemtjänsten fick inget.. det är vi som tar hand om dom, och de ska ha fyra besök. Ja, visst! Jättebra! Tanken är god men den fungerar inte! Det är lite drömmar sådär.

Några tog också upp fall där de hade bett om hjälp och ”larmat” vid återkommande tillfällen utan resultat. De hade kontaktat olika personer i teamet, men inte fått någon hjälp.

Kommer ni ihåg B. Hon kom bara en dag sen har vi inte sett henne efteråt. Den tanten kom hem, för en månad sen, men KomHem-Teamet har bara varit två timmar med oss och bara med en toalettstol och blöjor. Dom gör ingenting! Vi har inte sett dom. (- Skulle KTH behövt vara med mer just i det fallet?) Ja (-Eller räckte det? För ibland är det hjälpmedel som behövs för att det ska fungera i arbetet?) Man tycker att alla hjälpmedel ska vara klara i hemmet när dom kommer. Men det är det inte. Den här farbrorn! Han låg ju i en vecka innan vi fick leta lyft någon annanstans för att få upp honom och då tycker man liksom, när man är på sjukhuset och man, när dom kommer hem ska alla hjälpmedel vara på plats. Tycker jag i alla fall.

De var missnöjda över att inte ha fått de hjälpmedel de behövde för att ta hand om svårt sjuka vårdtagare, när de kom hem från sjukhuset. De hade olika förståelse för arbetsterapeutens svårigheter att ordna med hjälpmedel.

Om man tar hem svårt sjuka vårdtagare och kanske inte ens en lyft eller riktig säng på plats. Hur ska man kunna sköta den? Det är helt otroligt. Sen har ju ändå NN gjort så gott hon kunnat. Hon har fått trolla. Hon har gjort så gott hon kan! Det ska ändå vara

på plats tycker man. Det ska ju ändå biståndshandläggaren se till. Det finns inget på hemmaplan - då får han stanna kvar på sjukhuset lite till. (-Du menar så?) Det är grymt att låta nån ligga i en säng.

Erfarenheter av KomHem-Teamet

I fråga om de uppgifter som teamet arbetade med, visste personalen om att de hjälpte till att förbereda hemgångar från sjukhuset. Någon tyckte att det var bra, för att det innebar lägre kostnader för Tuve-Säve, men att det inte fick göras till priset av humanitet. De ifrågasatte också om det verkligen innebar lägre kostnader jämfört med vad platserna kostade på korttidsboende, när hemtjänsttimmar kunde uppgå till både 30 och 40 timmar i veckan.

I den ena gruppen tyckte de att de fick mer hjälp av hemsjukvården än av KomHem-Teamet och upplevde därför inget behov av teamet. Det var ingen som spontant tog upp de utbildningar som teamet hade hållit i. De som kom ihåg att de hade varit med på dessa, tyckte att de hade varit bra. Någon påpekade att det hade utlovats en uppföljning av utbildningarna under 2005, som det inte hade blivit något av.

Det var ingen som spontant nämnde KomHem-Teamets arbete med att ge anhöriga stöd. När de läste om det i KomHem-Teamets broschyr kommenterar de detta med att teamet snarare var i konflikt med de anhöriga. Hemtjänstpersonalens bild av teamets kontakter med anhöriga var negativ och utgick från de fall där det hade uppstått konflikter.

Det står att teamet är ett stöd för den enskilda vårdtagaren. Det vet jag inte nåenting om. Anhörig och närstående, det kan man väl inte påstå. /.../Jag känner ju tvärtom att det har varit krig mellan vårdtagaren och anhöriga. Eller inte vårdtagaren, utan anhöriga och KomHem-Teamet./.../Och då undrar jag, var är stödet där i. Det är ju inget stöd. (-Varför har det blivit krig då?) Nej, för dom ska ju ha dom hemma. De har ju sina direktiv att de ska ta hem folk och dom anhöriga gör allt för att dom ska få en plats. Och dom säger att det blir ingen plats. (-Hmm) Och då blir det krig. Vi hade en sän. Hon blev dålig och åkte in och dom ville ha en plats. Nej, hon åkte hem. (-Ville dom ha en plats på särskilt boende eller på korttids?) Ja och få dö i lugn och ro. Men den här vårdtagaren fick inte dö i lugn och ro. Till slut fick hon la ändå./ Sista dagarna./ Ja, men innan hon kunde ta det här, nu är jag färdig liksom. Hon fick inte den ron. Det var säkert fem, sex gånger hon åkte ut och in.

Den negativa bild som personalen hade av KomHem-Teamet handlade mycket om hur kommunikationen hade fungerat med enskilda personer i teamet. De beskrev olika situationer där de hade känt sig ifrågasatta. De hade upplevt att teamet inte hade lyssnat på deras bedömning utan hade gjort en helt annan bedömning själv.

Tanken är säkert jättegod alltså. Men man får ju jobba ihop. Man får ju jobba i team. Så man får back up, stöttning. Lyssna på tjejerna som jobbar ihop med vårdtagarna varje dag! Kom inte och ställ en egen diagnos på några timmar och säg att - så här är det - för det går upp och ner så här! Och det bör ju dom som arbetar med det, i KomHem-Teamet, veta.

Hemtjänstpersonalen beskrev även situationer där de hade fått hjälp och stöd. Det handlade om svåra situationer kring vård i livets slutskede.

Sen finns det ju positiva saker också. Om man ska säga nåt positivt. Vi hade ett fall med en tant som skulle dö hemma och där var också anhöriga jättemycket emot. Hon kunde inte prata själv för hon hade fått en stroke. Och vi kände också att - Gud ska hon hem! Den tunga! Vi bodde ju hos henne. Men där blev det så himla bra, för när hon kom hem och såg oss, man såg riktigt att hon reagerade att hon kände igen oss. Vi skötte henne hela tiden. Det var typ palliativ vård som vi höll på med, bodde hos henne. Så där kände man att hon fick dö i lugn och ro. Vi var runt henne. Det var jättefint. (-Fick ni nåt stöd i den processen?) Ja där hade vi NN. Hon ringde hela tiden, flera gånger om dan och anhöriga ringde till henne och berömde oss. Och då ringde hon tillbaka och berättade vad anhöriga hade sagt och ... jag tycker nog att hon är den som har stöttat oss mest.

De hade också fått hjälp när en vårdtagare kom från sjukhuset utan att det var klart med den här personens mediciner. Den senaste situationen som de var nöjda med, handlade om att ha fått handledning kring ett svårt fall av sjuksköterskan i teamet som är utbildad handledare.

Hon har ju hämtat mediciner och grejjer åt oss. När vi stod en fredag eftermiddag och inte hade en tablett och ge. Kungälv hade inte skickat med, bara en tablett eller två och vi skulle ha henne hela helgen. Då tar hon iväg och jobba över och kom ut på kvällen och fixa och dona.

Undersköterskorna som jobbade i demensteamet var också mycket nöjda med kontakten med den person i teamet som de arbetade specifikt med. *"Jag hoppas att mina positiva åsikter kommer fram. Jag är inte lika negativ."*

Hemtjänstpersonalen hade även en del allmänna synpunkter på KomHem-Teamets arbete. I en av grupperna kom det fram att de inte tyckte att de fick full användning av all den kompetens som finns i teamet. De tyckte att kompetenserna "lästes in" när de arbetade i ett team. Andra synpunkter handlade om att de tyckte att det var fel att ta hem vårdtagare så snabbt från sjukhuset, för att de inte hann planera riktigt för det.

Förväntningar och ideal

Sammantaget visade det sig att hemtjänstpersonalen hade ganska lite egna erfarenheter av KomHem-Teamet. Deras negativa attityder till teamet verkade också handla om deras förväntningar. När teamet startade hade de förväntat sig att de skulle jobba parallellt, sida vid sida med dem. De trodde också att de skulle få tillgång till en sjuksköterska genom teamet. När de sen fick höra att sjuksköterskan inte tänkte jobba på det sättet och det hade gått över ett år, blev de förvånade. De situationer som hade skapat besvikelser överskuggade de positiva erfarenheterna. Förväntningarna var högt ställda och hade inte infriats. De positiva erfarenheter som de lyfte fram, härrörde framför allt från det första året med KomHem-Teamet.

Tanken med KomHem-Teamet fattade man ju. Vi har ju haft det dilemman, just hemtjänsten att de har kommit hem och det inte har funnit hjälpmedel på plats och det här skulle hjälpa det, när vi har KomHem-Teamet. Hjälpmedlen ska finnas på plats och detta. Men det har inte funkat alls. (-Det har inte underlättat alls?) Nej, och just det att sjuksköterskan skulle ingå i det här teamet. För alla har ju inte hemsjukvård och det är jättesvårt att på kvällstid få tag på någon sköterska. Och då tänkte vi vad skönt, en sköterska. Men dom ser man ju inte ens. /Nej, det var ju en dröm som bara pjuu föll den!

De personer som hördes mest i grupperna gav uttryck för en negativ inställning till uppdelning i olika team. De var emot att de skulle särskiljas på grund av olika kompetens. Med detta som bakgrund blev det extra hotfullt när KomHem-Teamet syntes i pressen och arbetet beskrevs i så positiva ordalag.

KomHem-Teamet och framtiden

Deltagarna i fokusgrupperna uppfattade att KomHem-Teamet hade blivit tagna på sängen av att hemtjänsten var så negativa till dem. De tyckte att teamet hade gjort allt de kunde den sista tiden, för att förbättra relationerna till dem.

Nej, jag vet nu, sen tre veckor tillbaka, nu har det hänt väldigt mycket då. Det har varit möten. Det var ett möte inbokat hos oss som ingen visste om (skratt). De kom in och så det var lite förberett, och då skulle dom komma och prata om sitt arbete. Det var ju gott och väl så sett, men det var ju inte många som visste om det. Och varför det blev så vet jag inte.

Den ena gruppen tyckte att det var lika bra att lägga ner teamet vid årsskiftet, eftersom de ju ändå skulle ingå i den ordinarie organisationen sommaren 2006. Den andra gruppen tyckte att teamet kunde få en andra chans och jobba på ett halvår till. *"Ja, fungerar detta med KomHem-Teamet kan det bli jättebra. Jag är en positiv människa. Men det måste ju hända nåt bara."*

Sammanfattande reflektioner kring hemtjänstpersonalens synpunkter

Hemtjänstpersonalens attityder till KomHem-Teamet var i huvudsak negativa. Frågan är om de skulle vara det om fokusgrupperna hade genomförts ett år tidigare. Det framgår klart att personalen hade stora förväntningar på teamet i början. Det är inte så lätt att matcha höga förväntningar om de inte bygger på en realistisk grund. En annan fråga handlar om vilken information som hemtjänstpersonalen grundade sig på. Här verkar det finnas en sammanblandning mellan information som härrör från teamets exponering i media, faktiska erfarenheter av att möta teamet i arbetet och ryktesspridningar.

Hemtjänstpersonalens attityder kan ha påverkats av att projektet (teamet) innebar en svårare arbetssituation för dem själva. Personalen beskrev att de fick arbeta på ett sätt som de aldrig hade gjort tidigare med mycket svårt sjuka vårdtagare. I takt med att biståndstimarna ökade, behövde de också ta in fler vikarier och anställa nya. Detta innebar en period av omställning och utmaningar för deras del. När KomHem-Teamet lovordades i de lokala tidningarna väckte det ilska hos hemtjänstpersonalen över att de inte fick sitt rättmätiga erkännande.

Det faktum att hemtjänstpersonalen var organiserad i självstyrande grupper kan ha påverkat dessa processer. Självstyret innebar att de fick ta ett större ansvar än om de hade haft en operativ chef som hade arbetat nära dem. I sammanhanget kan det vara intressant att fundera över hur teamet påverkades av hemtjänstens organisering. Den biståndshandläggare som arbetade i teamet under det första året, utformade en gränsöverskridande yrkesroll där hon även arbetade med att ge stöd åt hemtjänstpersonalen. Detta gjorde hon delvis i kraft av att hon var utbildad psykoterapeut. Men det är mycket ovanligt att bistands-

handläggare har en sådan funktion. Den handläggare som anställdes i teamet året efter hade däremot inte den rollen. Relationerna mellan hemtjänstpersonalen och den nya handläggaren kan ha påverkats av uttalade förväntningar som härstammade från kontakten med den första handläggaren.

Det är troligt att de insatser som den första biståndshandläggaren gjorde, i viss mån bidrog som ”buffert” mot de frustrationer som personalen upplevde på grund av en ny arbetssituation präglad av att antalet anställda ökade på kort tid, ökad värdebygd och interna konflikter.

En fråga som infinner sig när man tar del av hemtjänstpersonalens synpunkter är hur man skulle kunna motverka de negativa attityderna. Hade KomHem-Teamet i uppdrag att också arbeta med hemtjänsten? Vilka förutsättningar hade de att göra det? KomHem-Teamet hade många olika uppdrag förutom att medverka vid vårdplaneringar, vilket säkerligen bidrog till att samarbetet inte fungerade helt tillfredsställande internt i organisationen. Dessutom hade teamet ett löst formulerat uppdrag där de själva fick prioritera bland arbetsuppgifterna, vilket kan ha påverkat detta. Eftersom det inte var klart formulerat att teamet skulle arbeta tillsammans med hemtjänsten prioriterades annat arbete. En annan förklaring till att samarbetet inte fungerade tillräckligt bra var att teamet saknade gemensamma kontaktytor och mötesplatser med hemtjänsten. Förhoppningsvis kan man lära sig av detta vid starten av nya projekt. ■

Anhörigas och vårdtagares perspektiv

Margareta Andersson

SYFTE OCH METOD

Som en del i utvärdering av KomHem-Teamet genomfördes år 2005-2006 intervjuer med tre anhöriga och en vårdtagare. Syftet med detta var att genom anhörigintervjuer undersöka hur KomHem-Teamet uppfattades av anhöriga till och personer med stort behov av omsorg och vård. Vad innebar det att kunna återvända till det egna hemmet efter sjukhusvistelse och få den omsorg och vård som krävdes där? Den teoretiska grund som har använts är kvalitativ (Norberg & Lindstedt, 2004). Den utgår från en öppenhet och tolkning av intervjuer som strävar mot förståelse av människors upplevelser.

Deltagare

Deltagarna rekryterades bland anhöriga till vårdtagare som hade vårdats i hemmet med stöd från KomHem-Teamet och hemtjänsten. Intervjupersonerna bestod av två döttrar och en systerson samt en vårdtagare. De vårdtagare som intervjuerna handlade om var alla kvinnor mellan 87 och 91 år. En av dem bodde i ordinärt boende, medan de andra två bodde i egen lägenhet på gruppboende. Samtliga fyra intervjupersoner hade haft stöd av KomHem-Teamet och Hemtjänsten Tuve-Säve. Intervjuerna valdes ut i samråd med teamet. De utgick ifrån öppna frågor där de fick beskriva hur de upplevt det stöd och den hjälp de fick i samband med hemgång från sjukhus och/eller i hemmet.

Genomförande

Den första intervjun hölls med en systerson till en äldre kvinna som hade avlidit cirka fyra månader tidigare. En journalist från en tidning skulle göra ett reportage om KomHem-Teamet och som representant för KomHem-Teamet deltog jag i det mötet och dokumenterade intervjun. För en andra intervju togs telefonkontakt med en dotter vars mamma hade avlidit cirka tre månader tidigare. Både dottern och mamman hade önskat att komma hem och vårdas i bostaden. Vid telefonsamtalet lämnades information om syftet med studien och hur den var tänkt att genomföras. Den tredje intervjun gällde en dotter och hennes 87-åriga mamma. När vårdtagaren hade varit hemma i drygt två veckor kontaktades dottern som fick information om studien. Cirka tre veckor efter intervjun avled vårdtagaren.

Analys

Analysen har genomförts på ett sätt som Lindstedt och Norberg (2004) beskriver. Metoden kan sägas bestå av tre delar. Först en naiv läsning där jag analyserade texten från intervjuerna utifrån frågeställningen "vad det är som visar sig?"

Syftet var att få en förståelse av texten som helhet. Denna första naiva del av analysen skall ge idéer och uppslag till det fortsatta arbetet med texten. I det andra steget gick jag från förståelse till förklaring genom att strukturera analysen och söka efter speciella teman och meningsbärande enheter. Jag har försökt lyfta fram de situationer som KomHem-Teamet har varit direkt involverat i. I det tredje steget läste jag texten på nytt för att få en helhetsbild och en djupare förståelse av innehållet.

RESULTAT

I analysen har jag lyft fram tre viktiga teman med fem underteman där meningsbärande enheter beskrivs.

- I det första temat uttryckte intervjupersonerna ett behov av information och deltagande i vårdens planering som jag beskriver i följande två underteman:
 - *Vikten av tydlig och förståelig information och att bli sedd och respekterad.*
- I det andra temat framgick värdet av teamets samlade kunskaper som tillgodoser det individuella behovet, vilket uttrycks i följande två underteman:
 - *Trygg och kompetent personal och vårdas hemma till livets slut.*
- Det sista temat handlar om upplevelser av att stora krav ställs på den som är anhörig vid vård i det egna hemmet som uttrycks i följande undertema:
 - *Bli bemött med respekt och empati.*

Anhörigas behov av information och deltagande i vårdens planering

De intervjuade beskrev att de på sjukhuset saknade information om vad som hände i vården av deras släkting och vad som planerades. De upplevde att personalen pratade över huvudet på dem.

Att få tydlig och förståelig information

Under vistelsen på avdelningen på sjukhuset saknade de anhöriga information om vad som planerades. Vårdpersonalen kom och gick och den som de fick förtroende för var en sjuksköterska på natten som lyssnade och berättade om hospice och att det kunde vara bra för deras mamma. En anhörig menade att det krävs att man får väldigt bra information för att inte bli kvar i en chockfas. En annan anhörig beskrev att när hennes mamma gav upp efter en vecka så var hon väl inte lika intressant längre. En av döttrarna trodde aldrig att hemtjänsten skulle ha möjlighet och hjälpa hennes mamma hemma. Dottern uttryckte att de ingenting visste och att det var förskräckligt när mamma blev alldeles uppgiven. Hon var övertygad om att hon skulle vara tvungen att ta sin bag och flytta hem till mamman när hon skulle komma hem.

På vårdplaneringen sa man att mamma skulle få all vård och omsorg hemma med hjälp av personalen i KomHem-Teamet /.../ Helt ofattbart, visste inte att dom fanns. /.../ Biståndshandläggaren övertygade om att /.../ undersköterskan från KomHem-Teamet förklarade skulle få mycket hjälp hemma, först skeptisk. Dagen efter vårdplaneringen på sjukhuset tänkte vi, det måste vara en kupp (skratt) /.../ Hon kommer hem

och då får vi ta hand om henne /.../ När mamma skulle hem beställde bemanningssjuksköterskan en transport och då blev det lite tokigt vi tänkte att det skulle bli en ambulans men det var ju en vanlig färdtjänst. När killen kom med den lilla baren och såg mamma som var ganska stor och var så svårt sjuk såg han verkligen bekymrad ut.

Att bli sedd och respekterad

En anhörig berättade om en nattsjuksköterska på avdelningen som var bra att prata med och som lyssnade på dem. Hon beskrev hur hon försökte fråga dagpersonalen hur hennes mamma mädde men fick varje gång till svar att de inte hade haft hand om henne den dagen. En annan anhörig beskrev sin brors vända över att inte förstå hur mamman mädde. Den intervjuade dottern menade att man på något sätt blir tåligare, när man själv arbetar inom vården. Hon beskrev att hon nästan hade gett upp och trodde inte att situationen skulle kunna lösas på ett vettigt sätt. En annan anhörig person upplevde att hon fick ta ansvar för att hennes mamma skulle få hjälp att byta när hon låg i sin egen avföring och lukta- de illa.

/.../ talade över huvudet på oss. Det gick liksom inte att få någon ordning på någonting /.../ ingen brydde sig om oss på sjukhuset. Såg ångesten i mammas ögon /.../ Hur ska det bli med mig? /.../ Hon klamrade sig fast /.../ Det tyckte jag var jobbigt! Det var så svårt att få besked.

Vårdas hemma till livets slut

Anhöriga tyckte att det först hade varit negativt för deras närstående att komma hem och vårdas hemma eftersom de var så sjuka. Men när de fick klart för sig hur mycket hjälp de kunde få upplevdes det som positivt. Det fanns ett stort värde i att komma hem till hemtjänstens "flickor" som var kända sedan tidigare. Vårdtagaren uttryckte en ambivalens mellan att å ena sidan tro att det nog var tryggare på ett hem men å andra sidan vilja vara hemma om hon fick känna sig trygg.

Trygg och kompetent personal

Anhöriga uttryckte hur duktig personalen var i vården hemma. Det hade en stor betydelse att personalen var känd sedan tidigare vilket bidrog till en större trygghet. För många okända skapade oro. Den intervjuade vårdtagaren beskrev att hon skulle vilja känna att hon tyckte om att vara hemma. Hon beskrev hur tryggt det var med "töserna" men att det inte var bra när pojkarna kom och skulle hjälpa henne på toaletten.

Tjejerna var ju så duktiga tyckte mamma /.../ hon uppskattade alltihopa /.../ som mina döttrar, sa hon och det kändes så tryggt. Sjuksköterskorna är väldigt rara. Hon kom från teamet med madrassen med en gång. Bra att samma människor kommer. Bingo! Kunde inte vara bättre /.../ kom hem /.../ kände alla. Sjuksköterskan kom direkt när jag hade ont. Läkaren kom när vi behövde.

Se vårdtagares och anhörigas individuella behov

En dotter uttryckte att det ju var trevligare att hennes mamma fick komma hem, än att behöva ligga bakom en skärm på en fyrasal. Hon hade en känsla av att

mamman blev mycket lugnare när hon kom hem, även om hon hade bestämt sig för att dö. Dottern beskrev hur bra det fungerade på dagarna men trodde inte att man kunde lämna en så sjuk person ensam på natten. Då borde någon finnas hos henne hela tiden. Den intervjuade vårdtagaren uttryckte att det var roligt att komma hem men ville inte vara ensam utan önskade att hennes närmaste skulle finnas hos henne.

Kom hem och åt lite och såg gladare ut. /.../ Gör det kanske ont nu? /.../ fick en klapp på kinden. Så fint iordninggjort. /.../ höll hennes händer. Hon skötte henne så bra. Stort förtroende för personalen, de ordnade så fint med sängen. Men det här med nätterna. Dom kunde ju inte vara hos henne hela tiden. Hennes stora fasa att bli lig-gande som ett paket. Såg mamma ge upp, ej tålmod att ligga längre.

Jag är så besvärlig. Jag skulle vilja känna /.../ tycka om att vara hemma /.../ är så rastlös, kanske bättre på ett boende, men där kan jag inte ta fram symaskinen, inte bjuda in i finrummet och en släkting som bor där säger att hon känner sig så ensam fast det finns folk där. Rullstolen kan jag ej acceptera /.../ behöver komma ut. Vilket är bättre eller vilket är sämre? /.../ en oro som jag inte känt tidigare. Vill vara hemma men jag vill också känna mig trygg. Jag vill inte (gråter) vara ensam. Min dotter hjälper mig men hon har ju så mycket annat att göra.

Anhörigas upplevelser av vård i hemmet

Döttrarna som intervjuades var delaktiga i vården och omsorgen av sina mam-mor och var mycket känslomässigt engagerade. En dotter uttryckte tvivel över mammans hemgång men ville ge det en chans. Hon menade att hon gav sig själv en chans eftersom det byggde mycket på att hon skulle vara hemma hos mamma. Systemsonen hade av naturliga skäl, eftersom han inte deltog i vården, ett annat förhållande till sin kvinnliga släkting. Han uttryckte en stor tacksamhet över det stöd i bemötande som hon fick från personalen i vården hemma.

Bli mött med respekt och empati

En tacksamhet uttrycktes över den läkare som kom hem från hemsjukvårdstea-met och som var så trevlig och förstående för vad det handlade om. När begravningskillarna kom bad de anhöriga att få sätta sig i köket för att de tyckte att det var svårt att se när de gjorde i ordning deras mamma. Efteråt beskrev dottern förvandlingen som ett trolleri, det var en låda med vinrött sammet i som låg helt slätt och flickorna hade bäddat med brudlakanet och klippt ner mammans orki-déer och sprutat på med jättemycket parfym så att det luktade gott. Sen kunde dottern inte se något längre som var obehagligt.

Förstående läkare från hemsjukvården /.../ ta kontakt igen vid behov /.../ men mamma dog när det blev helg. Vi var då ensamma med vår mamma och fick ringa jouren som kom och läkaren undrade vad han skulle göra /.../ Jaha har hon kilat vidare, sa han. /.../ Han var så nervös /.../ hade nog inte varit med om detta /.../ vi fick ordna det mesta själva.

Kunde slappna av för jag visste att hon fick en bra vård. Förvånad att vi kunde få så mycket hjälp, hemteamet /.../ så bra /.../ talade om precis vad de gjorde /.../ Positivt att vårdas hemma men jag kunde inte vara hos mamma hela tiden, mamma utelämnad på natten. Svårt att åka från /.../ sov inte en blund när jag kom hem /.../ orolig för att mamma skulle ramla ur sängen.

Jo det här med nätterna, framförallt för mamma som jag tänker mig att bli liggande / .../ inte kunna prata, larma, inte kunna någonting /.../ jag tror man skulle kunna bli nästan hysterisk /.../ så utelämnad. Men tjejerna från hemtjänsten var ju så duktiga så hon uppskattade säkert alltihopa. Vad ska vi göra för att mamma ska komma till ro? / .../ hänger mycket på oss anhöriga.

DISKUSSION

Syftet med studien med vårdtagare och anhöriga var att undersöka om Kom-Hem-Teamet bidrog till att personer med stort behov av omsorg och vård kunde återvända till det egna hemmet efter sjukhusvistelse och få den omsorg och vård som krävdes och framförallt känna sig trygga. Det handlade om personer med stora behov av omsorg och vård. Resultatet från intervjuerna visade på anhörigas och vårdtagarens upplevelser av den omsorg och vård de fick både på sjukhuset och i det egna hemmet. Intervjupersonerna beskriver känslor av maktlöshet, oro, uppgivenhet men även av trygghet och tacksamhet.

Av intervjuerna framkom tydligt att anhöriga saknade information om deras närståendes sjukdom och vården som gavs på sjukhuset. De kände sig inte delaktiga och upplevde att ingen hade tid med dem. En anhörig uttryckte en stark frustration över att inte få några besked från ansvarig läkare om hur det var med mamma och vad som planerades. Det gick flera veckor innan det beslutades om en vårdplanering. Vid vårdplaneringen var personerna som medverkade, inte tillräckligt kända för vårdtagaren och anhöriga. Erbjudandet om vård i hemmet för den svårt sjuka mamman upplevdes som skrämmande och ofattbart.

Vid hemkomsten från sjukhuset började ett förtroende sakta byggas upp så att både anhöriga och vårdtagare litade på att teamet, hemtjänsten och hemsjukvården försökte anpassa omsorgen och vården efter det individuella behov som vårdtagare och anhöriga hade. Att snabbt kunna hitta lösningar på uppkomna behov och problem underlättade för både anhöriga och vårdtagare. Det kunde handla om madrass- och sängbyte, hjälp med att införskaffa mediciner och smärtlindring, säromläggningar med mera.

En positiv bild framkom från intervjuerna om värdet av de kända "flickorna" i hemtjänsten som ingav en trygghet i varje situation. Eftersom det handlade om vårdtagare med stora behov av omsorg och vård var det många personer som arbetade i hemmet. På nätterna var det täta besök, ibland varannan timma. Trots det upplevde de en trygghet med personalen för att de kände de flesta undersköterskor/vårdbiträden.

De anhöriga döttrarna var mycket engagerade i vården av sina mammor och deltog även i den direkta vården hemma. Deras insatser bidrog till att vården hemma fungerade bra dagtid. Det var svårare på nätterna.

Det var svårt att få ett svar på om de anhöriga upplevde att KomHem-Teamet bidrog till att vården hemma blev tryggare. Det var svårt eftersom det var så många olika personer involverade både från hemsjukvården och från hemtjänsten. Det var svårt att förstå när KomHem-Teamet var inblandade. Arbetsterapeuten som ordnade säng och madrasser snabbt och sjuksköterskan som ordnade med recept och hämtade mediciner från apoteket var lätta att uppfatta som en del av KomHem-Teamet, men det var svårare att förstå vem det var som gav råd och tröst i stunder av oro. Ibland var det KomHem-Teamet,

ibland hemsjukvården och andra gånger hemtjänsten. Teamet hade inte så lång tid på sig att skapa kontakt och förtroende, vårdtiden hemma blev så kort eftersom vårdtagarna var svårt sjuka och avled efter några veckor i hemmet. Det som anhöriga i regel inte uppfattade var att vi försökte göra övergången så smidig som möjligt från sjukhuset och hem där mycket kontakt togs med avdelningens personal på sjukhuset, före och under vårdplaneringen. Från sjukhusets sida var de skeptiska till att vi erbjöd vårdtagarna att komma hem och vårdas där. Vårt tvärprofessionella team var ett nytt sätt att arbeta på. Vår erfarenhet är att det tar mycket kraft och tid att informera och övertyga personal på sjukhuset om värdet av att arbeta som KomHem-Teamet gjorde.

Sammanfattningsvis är det svårt att säga om KomHem-Teamet bidrog till att de intervjuade personerna fick den omsorg och vård som krävdes hemma. Vi har en del att utveckla i vårdkedjan så att vi är mer överens om när vården ska planeras. Det är viktigt att vi kan inge en större tilltro och trygghet till den vård vi erbjuder. Teamets erfarenhet och anhörigas och vårdtagarens synpunkter under intervjuerna visar att när personerna väl är hemma och får den hjälp de behöver av den personal de känner igen, så upplever de sig som nöjda och tack-samma. Det kändes positivt att få vara bland sina personliga tillhörigheter och kunna ha inflytande över sin dag så länge som möjligt. ■

Äldreomsorgschefens reflektioner

Lisbeth Lindahl

Jag träffade äldreomsorgschefen ett halvår efter att projekt KomHem-Teamet hade avslutats för att genomföra den intervju som den här texten bygger på. Hon berättade att bakgrunden till teamet framför allt var framdrivet av ett ekonomiskt underskott som stadsdelen drabbades av 2003. Underskottet uppdagades när ledningen kom tillbaka efter sommarsemestern då det visade sig att kostnaderna för köpta korttidsplatser hade stigit okontrollerat. Vid den här tiden hade Tuve-Säve endast fem gästplatser i egen regi och var beroende av köpta korttidsplatser från andra stadsdelar.

För att få idéer om hur man kan vända ett minus till en ekonomi i balans, hämtade ledningen inspiration från en annan stadsdel i Göteborg som nyss hade gått igenom ett ekonomiskt "stälbad" där de hade lyckats vända situationen. Äldreomsorgschefen, chefen för biståndshandläggarna med flera från den andra stadsdelen, bjöds in för ett möte som kom att få stor betydelse för dem: *"De pekade på möjligheterna och tog upp det här med att förfoga över sina korttidsplatser som en framgångsfaktor."* Mötet gav dem räg i ryggen och det här med att minimera antalet köpta korttidsplatser blev ett tydligt mål att jobba mot. Förvaltningsledningen träffades för att skissa på några förslag. De bestämde sig för att satsa på ett team som skulle hjälpa till med att hjälpa de svårast sjuka att komma hem direkt från sjukhuset.

I början av arbetet hade teamet ett tydligt mål att arbeta mot. Målet var att de skulle arbeta med de svårast sjuka vårdtagarna och att alla vårdtagare skulle hem från sjukhuset utan att vistas på korttidsplats. Vårdtagaren skulle åtminstone prova att bo hemma innan korttidsplats beviljades. Biståndshandläggaren fick dra det tyngsta lasset i teamet och jobbade från början ensam utan så mycket stöd från de andra. Sedan utvecklades det mer av ett samarbete dem emellan. Äldreomsorgschefen trodde att undersköterskan hjälpte handläggaren mycket och att även sjuksköterskans inträde i teamet betydde en hel del för att skapa goda förutsättningar för det här arbetet, även om de hade olika roller sinsemellan. Arbetsterapeuten arbetade mycket diplomatiskt med hemsjukvården i Lundby för att ordna med hjälpmedel och liknande. Ledningen för hemsjukvården var inte så positivt inställda till KomHem-Teamet trots att teamet avlastade dem från vissa insatser.

Valet av målgrupp för projektet, att det var de svårast sjuka som skulle hem direkt från sjukhuset, motiverades av att det var denna grupp som tidigare hade erbjudits korttidsplats. Trots deras hälsoläge var äldreomsorgschefen aldrig tveksam till att det skulle fungera att vårda dem hemma. I början var hon mest fokuserad på det ekonomiska motivet till teamets arbete. Det var först senare som hon började se andra fördelar:

Att det var bra att kunna komma hem och få avsluta där. Att slippa passera via kort-

tidsplats. Vi pratar om det idag om det salutogena perspektivet i livet slutskede. Hur viktigt det är att få ta adjö i hemmet.

Erfarenheterna från KomHem-Teamet hade gett ledningen för äldreomsorgen insikter som de jobbade vidare med. Men det som var avgjort viktigast för att projektet skulle uppfattas på ett positivt sätt, var att det snabbt gav ett ekonomiskt resultat.

Det var plus i budgeten både 2004 och 2005. Politikerna frågar fortfarande efter KomHem-Teamet. Att hemtjänsten var med i det, tänker dom inte på. Det verkar som att det här med teamet satte sig i deras medvetande på något sätt. /.../ De hade sparat in sina kostnader på tre månader. De vände situationen och vi fick tur i allt! Det flöt på. Vi fick studiebesök och artiklar om teamet. Allt blev positivt. Det gick att andas igen. Vi kunde ha planeringsdagar och köpa böcker!

En ytterligare positiv effekt av arbetet med KomHem-Teamet var att den interna vårdkedjan förbättrades. *”Med KomHem-Teamet blev vårdkedjan bättre internt. Innan hade vi knappt haft en.”*

Situationen var förstas inte bara teamets förtjänst utan även hemtjänstens, vilket poängterades flera gånger under vårt samtal. Den biståndshandläggare som anställdes först i teamet hade mycket kontakt med dem och gav även handledning vid behov. Det uppskattades eftersom hemtjänsten fick en ökad arbetsbelastning i och med KomHem-Teamets arbete. Dessutom var de organisatoriska förutsättningarna speciella i och med att hemtjänstpersonalen arbetade i självstyrande grupper och inte hade någon egen chef på nära håll. När den första biståndshandläggaren slutade efter cirka ett år fick de inte samma stöd längre. Den biståndshandläggare som ersatte arbetade mer renodlat i sin yrkesroll som handläggare.

Det fanns olika uppfattningar om hur samarbetet skulle se ut mellan KomHem-Teamet och hemtjänsten. Detta visade sig till exempel i fråga om arbetsmiljön. Den person som var skyddsombud tyckte inte att KomHem-Teamet hade varslat tillräckligt innan ”tyngre vårdtagare” skulle hem, och att de nödvändiga hjälpmedlen ofta saknades som behövdes för personalens arbetsmiljö. KomHem-Teamets arbetsterapeut tyckte däremot att det räckte att hon tog kontakt med vårdtagarens kontaktperson innan personen skulle hem. Det var också tänkt att någon i teamet skulle vara på plats i samband med att vårdtagaren kom hem från sjukhuset för att stötta hemtjänstpersonalen, men det hade inte alltid blivit så.

Sen var det saker som tydligen inte fungerade som det var tänkt. Någon från KomHem-Teamet skulle vara på plats vid hemkomsten från sjukhuset, men det verkar inte ha fungerat så. Men å andra sidan var det ju ingen av dom som jobbade heltid i teamet.

Hennes egen relation till teamet förändrades redan under första året i samband med att de ändrade delegationen för placering på korttidsplats och särskilt boende så att det beslutet lyftes från biståndshandläggarna till henne. Efter det blev hon mer involverad i individärenden och fick ta fler av de svåra besluten.

På frågan om varför teamet infördes som ett ettårigt projekt till en början och inte som en del av den ordinarie verksamheten, svarade hon att det handlade om ekonomi. Med det underskott som de hade då, vågade hon inte anställa någon på mer än ett år. Men när verksamheten började gå med plus agerade hon snabbt

och förlängde projektet.

Med facit i hand tyckte hon att det var fel att de två biståndshandläggarna som arbetade i stadsdelen jobbade på så olika sätt och att det dessutom var handläggaren utanför teamet som skulle välja ut vilka vårdtagare som teamet skulle arbeta med. Så har de det inte idag. Hon skulle gärna se en fortsättning på teamarbetet i den nya organisationen. *"Jag anser att teamarbetet ska fortleva i den nya organisationen, men det har inte varit så lätt att få in det."*

I nuläget arbetar de med att några namngivna sköterskor och rehabpersonal från den egna hemvårdsorganisationen följer med biståndshandläggaren på vårdplaneringarna vilket innebär att en del av KomHem-Teamets arbete lever kvar. ■

Diskussion

Om verksamhetsutveckling i projektform

Lisbeth Lindahl

Man kan fråga sig vilka för- och nackdelar det finns med att förlägga verksamhetsförändringar i projektform. KomHem-Teamet finns inte längre kvar. Frågan är i vilken utsträckning lärdomarna från den tiden har kunnat tas tillvara i organisationen?

KomHem-Teamet var ett typiskt projekt på så sätt att dess arbete byggde på en tydlig målsättning, en tidsbegränsning och en avgränsad arbetsuppgift (Johansson, Löfström & Ohlsson, 2000). Projektet var dessutom av engångskaraktär, hade ett tydligt prestationsmål och byggde på ett antal komplexa eller ömsesidigt beroende aktiviteter. En viktig distinktion mellan olika slags projekt är att skilja mellan dem som är skapade som förstadier till nya organisatoriska enheter och dem som är tänkta att upplösas men vars erfarenheter skall implementeras i moderorganisationen. KomHem-Teamet var ett exempel på den senare typen.

Det är vanligt att förändringsarbete sker i form av projekt. Förändringarna kan röra sig om alltifrån försöksverksamheter till samarbete med utomstående organisationer. En anledning till att projekt används så flitigt är att verksamheter ställs inför ökade krav på flexibilitet och förändring. Frågan är om projekt är ett lämpligt medel för att stödja lärande och förändring i en moderorganisation? Den kritik som har framförts mot det handlar bland annat om att det är svårt att förändra organisationer med hjälp av projekt. Ett förhållningssätt där man arbetar med ständiga förbättringar i organisationen (till exempel med hjälp av TQM eller Kaizen) där förändring pågår i ett kontinuerligt förlopp, kan i många fall vara en bättre lösning.

En annan fråga i sammanhanget är i vilket syfte ett förändringsprojekt startar. Granskar man på vilka grunder förändringar genomförs, är det sällan dessa sker med syfte att implementera nya kunskaper utifrån. Det är mycket vanligare att förändringar genomförs på grund av administrativa skäl och av ett behov som kommer inifrån organisationen (Lewin, 1996 i Johansson m fl, 2000). Detta gäller även KomHem-Teamet som framför allt skapades utifrån en ekonomisk nödvändighet.

I fråga om det lärande som sker inom ramen för projekt, finns det en hel del forskning som visar på svårigheterna att överföra det lärande som sker i en projektorganisation till den permanenta verksamheten. På vilket sätt kom lärdomar från KomHem-Teamet att integreras i den permanenta organisationen? Under tiden som projektet pågick upplevde teammedlemmarna att de successivt

fick bättre gehör för sitt arbetssätt såväl externt som internt. När teamet lades ner tog man däremot inte direkt vara på deras lärdomar. En viktig omständighet som motverkade det var att äldreomsorgen stod inför en större förändring i samband med att verksamheten skulle integrera hemsjukvården. När moderorganisationen förändras och byter skepnad kan det vara svårt att ta tillvara de kunskaper som inte har förankrats tidigare.

KomHem-Teamet – lyckad lösning utifrån vilka perspektiv?

Lisbeth Lindahl

Finns det vinnare och förlorare på KomHem-Teamets verksamhet? Finns det enbart fördelar eller även nackdelar med att starta ett projekt som har så stora frihetsgrader i att hitta lösningar för att nå sina mål? Utifrån dessa frågor vill jag skriva ner mina tankar efter att ha följt KomHem-Teamets utveckling under de två år som projektet pågick.

Bra för vem och varför då?

Frågan är om vi hade sett samma resultat av det här projektet om det inte samtidigt hade funnits ett starkt ekonomiskt motiv till att skapa förändring? Det slitna uttrycket ”nöden är uppfinningarnas moder” skulle kunna ses som en viktig drivkraft bakom de kreativa lösningar som teamet var med och skapade. Frågan är bara hur länge ett team kan arbeta på ett sådant sätt, innan det nyskapande blir en del av det vedertagna mönstret? Förändringens baksida är stabiliteten. Det är svårt att genomdriva förändringsprocesser om det inte samtidigt finns något som håller ihop och verkar stabiliserande. Vad var det som utgjorde det stabila i det här projektet? Jag tror att teammedlemmarnas förståelse av uppdraget och deras yrkeskunnande fungerade som stabilisatorer. En viktig förutsättning för att uppdraget skulle bli tydligt var att äldreomsorgschefen hade formulerat en tydlig målsättning som hon höll fast vid i början av projektet. Ett tydligt budskap blir lättare att förhålla sig till och förmedla externt och skapar även en gräns kring vilken kreativiteten kan få lov att växa.

Att arbeta utifrån en temporär organisation inom ramen för en moderorganisation som kännetecknas av byråkrati, bryter också mot de gängse normerna. Olika principer ställs mot varandra – flexibilitet gentemot stabilitet - gränsöverskridande kontra gränssättande med mera. De olika utgångspunkterna bidrog säkert till en del av de interna spänningar som uppstod i organisationen under den tid som teamet verkade. När några anställda bryter ny mark kan det skapa oro hos de andra i samma organisation, framför allt om de inte ser poängen med förändringen eller ser effekterna av det arbetet.

Det som också är viktigt i sammanhanget är att den målgrupp som teamet arbetade med oftast rörde sig om vårdtagare som behövde stora insatser från både hemtjänsten och hemsjukvården. Att målgruppen oftast bestod av sköra äldre människor med många samtidiga diagnoser och behov, innebar samtidigt att det var särskilt viktigt att arbeta med lyhördhet.

Tanken med teamets verksamhet var att förbereda hemgång direkt från sjukhuset. Idealmodellen var att detta arbete skulle individualiseras utifrån varje vårdtagares behov. En svårighet som påverkade arbetet var de fall då anhöriga motsatte sig de beslut som fattades av biståndshandläggaren (och teamet). En viktig förutsättning för teamets arbete var att det fanns ett förtroende från vårdtagarens och den anhörigas sida. I många fall etablerades en sådan tillit, men det fanns även exempel på situationer där det inte blev så. Som utvärderare ställer jag därför frågan vilken tolerans man skall ha för att det uppstår konflikter i samspelet med vårdtagare och anhöriga? Skall man ställa högre krav på effekter när man genomför ett projekt, jämfört med på den ordinarie verksamheten? Projekt innebär i sig ett utprovande av nya erfarenheter, vilket kräver ett visst friutrymme för att ett lärande skall kunna ske. När man lämnar det tryggt invanda sättet att arbeta på innebär det samtidigt ett visst mått av risktagande. Frågan är var gränsen går för vad som skall betraktas som acceptabelt i det här sammanhanget.

Den som bär huvudansvaret om något går fel är chefen för verksamheten. Frågan är om KomHem-Teamet var ett positivt projekt även ur hennes perspektiv? Man glömmer lätt chefsens betydelsefulla roll, eftersom mycket av hennes arbete sker i det fördolda. En chef som fokuserar målsättningar och huvudprinciper och hindrar avsteg från dessa, kan vara avgörande för att en förändring skall komma till stånd. Det är en viktig lärdom från det här projektet.

Det ekonomiska resultatet och ansvaret för kvaliteten är oftast chefsens ansvar. Att hålla sig inom budgetramarna är något som chefer bedöms utifrån. Att på kort tid lyckas vända det ekonomiska underskottet i äldreomsorgen gav effekter även i form av positiv bekräftelse från politikerna. Att få positiv återkoppling kan vara en viktig del i den egna värderingen av ett projekt. Att teamet exponerades i lokala media, skrev en kort folder som lämnades ut på olika ställen, samt åkte runt och berättade om sitt arbetssätt innebar även en del för projektets exponering utåt. Sådana aktiviteter är inte helt oviktiga i dagens mediasamhälle.

I dagens välfärdssamhälle är behovet stort av en fungerande samverkan över myndighetsgränser (Danermark & Kullberg, 1999). KomHem-Teamet påverkades även av relationerna till de externa organisationer som de var beroende av: hemsjukvården, primärvården och sjukhusvården. De externa kontakterna var emellanåt konfliktfyllda eftersom KomHem-Teamets arbete i vissa fall gick på tvärs emot vedertagna gränser. I stället för att vänta på att de nödvändiga medicinerna och hjälpmedlen fanns på plats i hemmet, agerade de för att detta skulle finnas hos vårdtagaren, trots att deras beteende kunde uppfattas som ett hot mot etablerade gränser. Exempelvis kunde teamet försöka skynda på förskrivningen av hjälpmedel för en vårdtagare, trots att vederbörande inte hade hunnit skrivas in i hemsjukvården. Teamets sjuksköterska kunde också, i väntan på ApoDos efter hemkomsten, hjälpa till med att dela mediciner.

Sjukhusets sjuksköterskor och läkare som sedan tidigare var vana vid att påpeka behovet av korttidsplats i samband med vårdplaneringar, fick höra att vårdtagarna skulle hem i stället. Detta reagerade de negativt på innan de förstod vilket stöd vårdtagaren kunde få i hemmet. I början av projektet beskrev teamet ofta konflikter som kretsade kring vem som hade tolkningsföreträdet vid vårdplaneringen: sjukhusets eller kommunens personal. Dessa beskrivningar minskade

de så småningom. Kanske för att det hade blivit mer känt vad teamet kunde erbjuda i hemmet, eller för att biståndshandläggaren lade upp mötet med sjukhusets personal på ett annat sätt. Det kan också tänkas ha bidragit att teamets sjuksköterska var med på vårdplaneringarna och fungerade som en brygga över till den medicinska världen genom att tala samma språk som sköterskorna där.

I den här reflektionen kommer jag inte att uppehålla mig så mycket vid teamets, hemtjänstens och de anhörigas perspektiv eftersom dessa speglas i nästa avsnitt. Däremot vill jag reflektera lite kring vårdtagarnas perspektiv. Var hemgång från sjukhuset en bra lösning även för dem som var svårt sjuka och i vissa fall avled bara någon vecka efter hemkomsten eller hade det varit bättre att få sluta sina dagar på en korttidsplats? Generellt sett kan en korttidsvistelse vara både negativ och positiv. Det beror till stor del på vilka behov vårdtagaren har och vilka behov som kan tillgodoses på det specifika boendet. I en tidigare studie med äldre vårdtagare fann vi att korttidsvistelsen ibland blir ett hinder för rehabiliteringen. Särskilt i de fall, då vårdtagaren har svårt för att se sin framtid, till exempel för att personen inte kan flytta hem igen. Vårdtagaren kan hamna i en situation som vi i studien kallar för "ett vakuum" som innebär att han eller hon sitter fast i nuet och inte har tillräcklig motivation och kraft att rikta framåt (Asplin & Lindahl, 2005). Att uppleva tillvaron som meningsfull är en viktig drivkraft för läkande och rehabilitering (se Antonovsky, 1991). De flesta har sin identitet och trygghet knuten till det egna hemmet. Därför kan det vara bättre att återvända dit än att hamna i passivitet på en korttidsavdelning. Vad som är bäst beror både på vem personen är och på situationen i sig.

I de fall en person är döende men ändå skrivs ut från sjukhuset, ställs vi inför frågor om vad som är ett värdigt slut i livet och var personen helst vill sluta sina dagar. När en person befinner sig i livets slutskede har ofta alla medicinska behandlingar i syfte att bota upphört (Andersson, Sjöling, Rommedahl & Westermarck, 2002). De insatser som kan lindra plågsamma symtom kan oftast ges i hemmet likaväl som på ett institutionsboende. Den viktiga frågan handlar då om ifall vårdtagaren känner sig trygg med att sluta sina dagar hemma. Att detta tema väcker starka känslor påverkas av att vi moderna människor är så ovana vid att möta döden i den privata sfär som hemmiljön utgör. Det som var naturligt förr förefaller för många som onaturligt idag. Tidsandan påverkar oss, förblindar och förför. Idag är det lätt att tro att teknisk apparatur i form av larmsystem och annat kan ersätta mänsklig närvaro. Men om det inte vore för att mänsklig närvaro räknades som en knapp resurs och en kostnad, skulle sådana idéer nog aldrig slå lyckas rot.

Vad kan man lära sig av projektet?

Margareta Andersson

Att arbeta sig samman och bli en grupp som ett KomHem-Team tar tid. Teamet gick igenom ett antal faser innan det nådde den effektiva fasen där alla arbetade mot samma mål. Parallellt som detta skedde skulle även övriga

intressenter informeras om teamets arbetssätt.

Arbetet i teamet var både spännande och frustrerande. Uppdraget att minska externa korttidsplatser och skapa förutsättningar för att personer med ett stort vård- och omsorgsbehov skulle erbjudas att komma tillbaka till sin egen bostad och vårdas var tydligt, men hur skulle vi gå tillväga för att lyckas med det?

Först var vi i en lära-känna-fas där vi inte förstod vikten av att få med hemtjänstpersonalen i processen för att det skulle fungera så bra som möjligt. Vi hade fullt upp med att planera för hemgång och hur vi skulle informera och övertyga sjukhusen om värdet av att pröva hemma först innan något annat planerades. Vi upptäckte snart att vi hade ett gemensamt synsätt där en humanistisk människosyn rädde och vi var helt eniga om att vårdtagarnas behov och önskemål hela tiden skulle stå i centrum. De anhöriga fick mycket plats men i första hand lyssnade vi på vårdtagaren.

Att vara med och utveckla ett team var spännande, med en stor frihet att forma gruppen efter deltagarnas förmågor. Samtidigt ställdes stora krav på att var och en tog ansvar för resultatet av teamets arbete. Deltagarna tog tillvara på varandras kunskaper och erfarenheter, en viktig egenskap för att hitta lösningar på ofta komplexa vård- och omsorgsbehov hos vårdtagarna där också anhörigas behov av stöd var stort. Teamets flexibla arbetssätt bidrog till att var och en vid behov gick över gränserna i sitt uppdrag och arbetade mot att "vi löser detta".

En tid prövade KHT att träffa vårdplaneringssjuksköterskan en stund innan vårdplaneringen för att diskutera sig samman om hemgångsplanerna. Det bidrog till en bättre kvalitet på vårdplaneringen för framförallt vårdtagaren. Många vårdplaneringssjuksköterskor som hade en bestämd uppfattning om att det fanns ett behov av korttidsplats kom på andra tankar när han/hon fick höra att vi var ett team som arbetade för att det skulle vara tryggt och säkert med såväl hemtjänst som hjälpmedel och mediciner från första dagen i hemmet. Att ha med en sjuksköterska i teamet var viktigt vid vissa vårdplaneringar och diskussioner inför hemgång. Det kan underlätta att som sjuksköterska diskutera med en annan sjuksköterska!

Utan de samlade resurser som fanns i teamet hade uppdraget inte varit möjligt att utföra. Det krävdes mycket information, både skriftlig och muntlig, för att skapa förståelse för KomHem-Teamets intentioner. Eftersom teamets intentioner var att vårdplanera för att personer med stora vård- och omsorgsbehov skulle få komma tillbaka till sitt hem och vårdas, ställdes det även nya och större krav på hemtjänstens personal. Det var svårt att överblicka de behov som uppstod och att se helheten under det första året innan allt började sätta sig. När teamet förstod att det var många som inte uppfattade det som en resurs utan snarare som en belastning, togs initiativ till att informera all personal inom hemtjänsten eftersom det var många nya som hade börjat och en del hade slutat.

En lärdom av detta är att ledningen tillsammans med alla berörda behöver träffas i god tid innan förändringar genomförs, för att informera om det som planeras och för att personalen skall bli delaktiga i diskussionen om hur arbetet ska utföras. Vidare är det viktigt att kontinuerligt mötas för att diskutera ett nytt arbetssätt så att oklarheter och felaktiga förväntningar undanröjs.

Resultatet från anhörigintervjuerna visade att anhöriga var tacksamma över

den tid deras närstående fick vara hemma och för den vård och omsorg de fick den sista tiden i livet. Det som var svårt beskrevs som en oro för sin närstående, på nätterna när de själva inte kunde vara där. En fråga som följer är således hur vi gör ensamma stunder trygga för svårt sjuka personer som vårdas i hemmet? Och om det går?

Intressant att fundera över är om det finns skillnader i upplevelsen av trygghet mellan vårdtagare som hänger samman med hur trygga de har känt sig tidigare i livet? Frågan är också om de som har varit trygga innan, har större chans att klara ensamma stunder i livets slut? Ytterligare en fråga handlar om ifall boendet har betydelse för en persons upplevelse av trygghet? På korttidsboendet finns även de ensamma stunderna. Frågan är om det kan uppstå en falsk trygghet för både anhörig och närstående?

Erfarenheterna från KomHem-Teamets arbete visade att ett tvärprofessionellt team med ett lösningsfokuserat och flexibelt arbetssätt kan skapa förutsättningar för en snabbare handläggning, vilket ökar tryggheten för vårdtagare och anhöriga i vården hemma.

Faror med att förlägga förändringsprojekt till självständiga team handlar om:

- *Att grupprocesser växer sig starka* som leder till en alltför stark ideologisering och hemmablindhet (detta är alltid en fara, ej enbart för detta team). Faran med detta är om det inte samtidigt finns en hög moral och etik bland yrkesföreträdarna, där människovärdet och utgångspunkten för vården sätts främst.
- *Nya organisationsformer kräver mycket av personalen*. Det sliter på personal att bana ny väg. Det finns risk för alltför stark press och krav som leder till stress.
- *När förändring läggs inom projekt* är risken stor att det nya inte fortlever när projektet läggs ner. Det är svårt att överföra förändringar från ett system till ett annat. Det är svårt att få med de andra i organisationen, skapa delaktighet, det tar tid.

Möjligheter:

- *Att hjälpa till på ett flexibelt sätt där det behövs*. Att arbeta i team där den tvärprofessionella kunskapen tas tillvara ökar möjligheten att arbeta lösningsfokuserat. Detta leder till ett flexiblere arbetssätt som underlättar att fånga vårdtagarnas enskilda behov.
- *Vad som bedöms som god vård och omsorg* handlar till del om de föreställningar och ideal vi har. Är det mer humant att dö på korttidsplats eller sjukhus än i det egna hemmet? I vilken utsträckning organiseras vården utifrån enskilda människors behov?
- *Rädsla för lidande och ensamhet – är det det som driver vår ångslan?* Det finns en föreställning bland en del vårdtagare och anhöriga att det blir så tryggt bara mamma eller pappa får en plats på boendet. På korttidsboendet kan också en ensamhet upplevas som man kanske inte har räknat med, exempelvis när personalen är upptagna med annat och pensionärerna på boendet oftast vistas på sina rum. ■

Referenser

- Andersson, M., Sjöling, L., Rommedahl, E., & Westermark, A. (2002). *Det sista kapitlet. Ett samtalsmaterial för dig som vårdar svårt sjuka och döende*. Göteborg: Inspira förlag.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Asplin, G., & Lindahl, L. (2005). *En förändrad livsvärld. Äldres upplevelser av sin rehabiliteringssituation efter en sjukhusvistelse*. FoU i Väst. Rapport 6: 2005.
- Danermark, B., & Kullberg, C. (1999). *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Dunér, A., Nordström, M. (2003). *Bevilja och ta emot hjälp*. FoU i Väst. Rapport 5:2003.
- Hjalmarson, I., & Norman, E. (2005). *Samverkan. Enkelt i teorin – svårare att praktisera. Några erfarenheter av samverkan inom äldreområdet mellan kommuner och landstinget i Stockholms län*. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. Rapport 2005:3.
- Johansson, B. (2004). Sammanhållen hemvård. Tidningen *Äldreomsorg* 2004:4.
- Johansson, L. (2004). Kvarboende – till vilket pris? Tidningen *Äldreomsorg* 2004:4.
- Johansson, S., Löfström, M., & Ohlsson, Ö. (2000). *Projekt som förändringsstrategi. Analys av utvecklingsprojekt inom socialtjänsten*. Stockholm: SNS Förlag.
- Lindberg, L-Å. (2002). Meningsfullt lärande i utvecklingsarbete. I Marianne Ekman Philips (red). *Dialog över etablerade gränser. Om organisationsutveckling i sjukvården*. (s. 67-88). Katrineholm: Arbetslivsinstitutets skriftserie Arbetsliv i omvandling 2002:9.
- Socialstyrelsen (2005). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004*.
- Mintzberg, H. (1993). *Structure in fives: designing effective organizations, kap. 12*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Norberg A., & Lindstedt, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Nordisk College of Caring Sciences, *Scand J Caring Sci*; 2004; 18, 145-153.
- Sandberg, H. (2004). *Arbetsklimat och teamarbete. Slutrapport i projektet Arbetsklimat och problemlösning*. Mälardalens Högskola. Centrum för välfärdsforskning. Skriftserie B: Arbetsrapport nr 31.
- Tuve-Säve (2003). Tjänsteutlåtande Handlingsplan för att nå ekonomisk balans.
- Thylefors, I., Persson, O., & Hellström, D. (2005). Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*. 19(2): 102-114.
- Vedung, E. (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.



FoU_i**väst** **GR**

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 51 84

Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@GRkom.se • **www**.[GRkom.se/fouivast](http://www.GRkom.se/fouivast)