

Utvärdering av kompetensstegen i Borlänge 2006 - 2008

*Bildande av demensteam och samverkan kring rehabilitering och
bemsjukvård*

Inga Michaeli & Marie Nyman

Dalarnas forskningsråd, maj 2009



Arbetsrapport från Dalarnas forskningsråd
© DALARNAS FORSKNINGSRÅD OCH FÖRFATTARNA 2009
ISBN-13: 978-91-88791-91-7

Dalarnas forskningsråd
Myntgatan 2
791 51 FALUN
Tel 023-70 91 00
Hemsida www.dfr.se
E-post info@dfr.se

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	4
1. INLEDNING	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Kompetensstegen i Borlänge. Ansökan och de studerade projekten.....	6
1.3 Dalarnas forskningsråds uppdrag.....	7
2. UTVÄRDERINGENS UPPBYGGNAD OCH METOD	8
2.1 Två faser	8
2.2 Metod.....	9
2.3 Rapportens uppbyggnad.....	11
3. STUDIENS RESULTAT: STARTFASEN.....	11
3.1 Gemensamt för startfasen.....	11
3.2 Demensteamet i startfasen.....	14
3.3 Rehab och hemsjukvård i startfasen.....	17
4. STUDIENS RESULTAT: SAMVERKANSAFASEN.....	19
4.1 Demensteamet i samverkansfasen	19
4.2 Rehab och hemsjukvård i samverkansfasen.....	22
5. REELLA EFFEKTER.....	27
5.1 Demensteamet.....	27
5.2 Rehab och hemsjukvård.....	27
6. REFLEKTIONER OCH SLUTSATSER.....	29
6.1 Demensteamet.....	29
6.2 Rehab och hemsjukvård.....	31
7. AVSLUTANDE DISKUSSION	34
7.1 Förutsättningar för samverkan.....	34
7.2 Hinder för samverkan.....	35
7.3 Några framåtblickande tankar	37
8. LITTERATUR.....	39

Sammanfattning

I januari 2006 fick Dalarnas forskningsråd i uppdrag av Borlänge kommun att utvärdera aktivitet 1: *Bildandet av demensteam*, och aktivitet 2: *Utveckla samarbetet mellan primärvårdens rehabilitering och hemsjukvård och kommunens vård och omsorg* i Borlänges Kompetensstege. Utvärderingen har gjorts som en processutvärdering vilket innebär att forskarna har följt processen och successivt avrapporterat till projektledningen, där lärandet varit en viktig aspekt. Detta är den avslutande rapporten.

Båda aktiviteterna hade två tydliga faser i sina utvecklingsprocesser, en startfas och en samverkansfas. Startfasen präglades av ett flertal problem att övervinna, många orsakade av oklarheter i uppläggningsen. För aktivitet 1, *Bildandet av demensteam*, bestod problemen i att finna en lämplig organisation, rekrytera personal och tillsätta en chef för demensteamet. För aktivitet 2, kallat *Rehab och hemsjukvård*, fanns problem bl.a. i att föra ut kunskap i organisationen och i olika aktörers föreställningar om syftet med aktiviteten. I samverkansfasen nådde man tillslut fram till konstruktiva lösningar med goda resultat.

De reella effekterna av Kompetensstegen blev därför goda. Aktiviteten *Bildandet av demensteam* fick fram ett fungerande team och nya bildades efter denna modell. Aktiviteten *Rehab och hemsjukvård* lyckades med hjälp av ett nybildat projekt KLARA skapa en modell för bl.a. bättre tillgänglighet av distriktssköterskor och skapa mötesarenor mellan olika personalkategorier. Hur stor del av KLARAs aktivitet som ska räknas in i Kompetensstegen verksamhet är dock inte självklart.

Rapporten avslutas med reflektioner och slutsatser kring de två aktiviteterna samt en avslutande gemensam diskussion.

1. Inledning

Vården har blivit allt mer kompetenskrävande. Oavsett om man som anställd arbetar inom kommunen eller landstinget har nya behandlingsmetoder, ny teknik, mer komplicerade diagnoser, tidigare utskrivning från sjukvården o.s.v., bidragit till ökad specialisering och krav på kompetent handlande. Samtidigt står vi i en situation där vård- och omsorgssektorn kommer att drabbas av stora pensionsavgångar.

För att unga människor ska lockas att arbeta inom vård och omsorg måste statusen höjas och arbetet göras attraktivt ur en rad aspekter. Men det handlar inte endast om dem som ska lockas till yrket, utan i högsta grad även om dem som redan finns i yrket och som ska stimuleras att vara kvar och utveckla sig inom området. Flera rapporter har visat att en positiv utveckling sker inom äldreomsorgen, men att det fortfarande finns brister både när det gäller kvaliteten i verksamheterna men även när det gäller personalförsörjningen (prop 2004/05:94).

1.1 Bakgrund

Regeringen gav i juli 2002 ett uppdrag till tio statliga myndigheter att utifrån berörda myndigheters perspektiv och ansvar, utarbeta en gemensam plan för kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg. Uppdraget redovisades i juni 2004 i rapporten Investera nu! (Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg S2004/4695/ST). Avsikten med planen var att skapa bättre förutsättningar för kommunernas och berörda företags kompetensförsörjning (prop. 2004/05:94).

Mot denna bakgrund aviserade regeringen i budgetpropositionen för år 2005 att 450 miljoner kronor skulle satsas år 2005 för att ge anställda inom vården och omsorgen för äldre möjlighet till kompetensutveckling (prop. 2004/05:1, utgiftsområde 9, volym 6, s. 142). För vardera året 2006 och år 2007 skulle satsas ytterligare 300 miljoner kronor.

Regeringen beslutade den 18 november 2004 att tillsätta en kommitté med uppgift att utveckla principer och utarbeta strategier för stöd till kommunerna för kvalitetsutveckling inom den kommunala vården och omsorgen om äldre genom kompetensutveckling för personalen (Dir. 2004:162). Kommittén, som antog namnet Kompetensstegen (S 2004:10), skulle även ansvara för att ta fram underlag och förslag till beslut om stöd, samt för att följa upp effekter av insatt stöd. Kompetensstegen skulle fungera som forum för dialog och samverkan mellan berörda aktörer i frågor som rör kvalitet och kompetensutveckling inom området äldres vård och omsorg.

Kraven på god kvalitet inom socialtjänst och hälso- och sjukvård är lagfäst. Vilken kvalitet som uppnås inom vård och omsorg beror bland annat på i vilken mån personalen grundar sitt handlande på vetenskap och beprövad erfarenhet. Personalens utbildningsnivå är en av de faktorer som avgör kvalitén i vård och omsorgen. Kommunerna har inte alltid lyckats rekrytera personal till äldreomsorgen med adekvat grundutbildning och här menar Kompetensstegen att utbildningsbakgrunden påverkar möjligheten att byta arbetsområde och få utveckling i yrkesrollen (www.kompetensstegen.se 070201). De anser ytterligare att med adekvat utbildning ökar möjligheterna;

- Att ge god vård och omsorg som säkrar god kvalitet

- Till mer självständighet i arbetet

- Till personlig utveckling

- Till utveckling av verksamheten

- Till höjd yrkesstatus

- Att byta arbetsplats

- Att söka andra anställningar

När det kommer till utvärderingen av de aktiviteter som kommunerna genomför, ska utvärderingen i första hand göras för kommunernas egen skull, så att erfarenheter å ena sidan kan bidra till läroprocesser för att stärka kvalitets- och kompetensutveckling. Å andra sidan handlar utvärderingen av kompetensförstärkningen även om att ta fram underlag för att besvara två huvudfrågeställningar (FoU i Väst/GR 2006, s 1);

Har de olika insatser som kommunen startat med hjälp av medel från kompetensstegen lett till kompetensförstärkningar hos personalen?

Har kompetensförstärkningarna hos personalen lett till förbättringar för de äldre?

1.2 Kompetensstegen i Borlänge. Ansökan och de studerade projekten

Ansökan och den gemensamma nämnden

Borlänge kommuns ansökan till Kompetensstegen tog som utgångspunkt den *gemensamma nämnd kring vård och omsorg* som inrättades 1 januari 2005 för Borlänge kommun och landstinget Dalarna. Nämnden var ett försök som skulle pågå till 31 december 2006. Det syftade till att ”genom samarbete bättre möta framtidens komplexa behov av vård och omsorg och bättre nyttja tillgängliga resurser”. Kommunens ansökan till Kompetensstegen togs upp som ett projekt för samverkan inom den gemensamma nämnden (Wolff 2006 s.35).

Från kommunens sida hade det länge funnits en önskan att rehab och hemsjukvård skulle gå över i kommunens regi. Detta stöddes såväl av den gemensamma nämnden som av närsjukvårdschefen, och en regeringsproposition med denna inriktning förväntades till hösten 2006. Den gemensamma nämnden uttryckte en ”stark viljeyttring” för detta. En tjänstemannagrupp (KoLagruppen) knuten till nämnden beskrev övergången av rehab, hemsjukvård som ett planerat projekt (a.a.). En sådan övergång skulle innebära att distriktsköterskor, rehabpersonal och undersköterskor inom i första hand äldre- och LSS-området bytte arbetsgivare och flyttade över till kommunen. Övergången planerades till årsskiftet 2006/2007. Två kulturer skulle därmed mötas med olika arbetsrutiner, vanor och förhållningssätt. Försöket med gemensam nämnd förlängdes dock inte utan nämnden lades ner i december 2006.

Kommunens ansökan till Kompetensstegen gällde medel för tre aktiviteter under 2006 – 2008. 1: *Bildandet av demensteam*, 2: *Utveckla samarbetet mellan primärvårdens rehabilitering och hemsjukvård och kommunens vård och omsorg*, 3: *Utbildning av undersköterskor*. I ansökan nämns inte den förväntade överföringen av rehab och hemsjukvård till kommunen. Tankarna präglade dock ansökan, speciellt aktivitet 2. Ansökan kan på så vis ses som ett sätt att förbereda för den förväntade organisatoriska förändringen.

Dalarnas forskningsråds utvärderingsuppdrag gällde enbart de två första aktiviteterna.

Mål med Bildande av demensteam

I ansökan om statligt stöd för kvalitets- och kompetensutveckling inom vård och omsorg om äldre (Aktivitetsbilaga B nr: 1) framhöll kommunen att projektets mål med bildande av ett demensteam var:

1. att ge vårdtagare med demenssjukdomar en säker omvårdnad, ökad trygghet och ökade förutsättningar att bo kvar i det egna hemmet
2. att med rätt stöd och vård förebygga en snabb utveckling av sjukdomen
3. att genom samarbete med ge brukaren den bästa omvårdnaden
4. att med ökad kompetens och bildandet av ett team kunna minimera antalet personal runt den demente
5. att ge anhöriga rätt stöd och kunskap i anhörigrollen
6. att genom samverkan optimera nyttjandet av befintliga resurser
7. att ge medarbetarna en gemensam och samlad bild av landstingets och kommunens uppdrag och verksamhet
8. med nära kontakt mellan demensteamet och anhöriga kunna stödja anhöriga att tidigt överlåta del av omsorgen till demensteamet

Mål för aktiviteten Rehab och hemsjukvård

Målen för aktiviteten *Utveckla samarbetet mellan primärvårdens rehabilitering och hemsjukvård och kommunens vård och omsorg* formulerades i ansökan som:

1. att ge medarbetarna en gemensam och samlad bild av landstingets och kommunens uppdrag och verksamhet
2. att genom utbildningsinsatser utveckla samarbetet kring brukaren mellan personalgrupper inom kommun och landsting så att brukaren kan känna trygghet och därmed bo kvar i eget boende
3. att genom utbildning ge personalen fördjupade kunskaper om samlad hemvård, dokumentation och verksamhetsutveckling
4. att ge brukaren en effektiv och professionell rehabilitering och hemsjukvård genom en samordnad organisation
5. att genom samverkan optimera nyttjandet av befintliga resurser

Målen var alltså formulerade oberoende av en eventuell överföring av rehab och hemsjukvård till kommunen. Verksamheten under startfasen var dock helt fokuserad på denna omvandling och dess konsekvenser för organisation och utbildning.

1.3 Dalarnas forskningsråds uppdrag

Dalarnas forskningsråd fick, januari 2006, i uppdrag av Borlänge kommun att under åren 2006 – 2008 följa och utvärdera aktivitet 1 och 2 med fokus på samverkan. I överenskommelsen mellan Borlänge kommun och Dalarnas forskningsråd 2006-03-28 formuleras Dfr: s uppdrag som:

Utvärderingen av aktiviteterna *Bildandet av demensteam* och *Utveckla samarbete och kunskapsöverföring av primärvårdens rehab och hemsjukvård med kommunens vård och omsorgsverksamheter* fokuseras på processen att utveckla en samverkan. Problem, framgångsfaktorer och resultat i form av samverkan studeras, liksom projektets betydelse för personal och för organisationens förändring. [...] Resultatet från intervjuerna diskuteras med verksamhetscheferna och styrgrupp under hand, så att en lärprocess kan uppstå.

Arbetet har gjorts som en processutvärdering där två forskare från Dalarnas forskningsråd (Dfr), Inga Michaeli och Marie Nyman, följt processen och successivt avrapporterat till projektledningen. Rose Marie Ring medverkade under 2006. Marie Nyman har följt aktivitet 1 och Inga Michaeli aktivitet 2. Tre delrapporter har tidigare överlämnats till uppdragsgivaren. Detta är den avslutande rapporten. Fokus för rapporten är samverkan. Frågor har studerats som: Har olika organisationer och yrkesgrupper lyckats att samverka? Vilka problem har man stött på under vägen? Hur och på vilket sätt har samverkan utvecklats? Vad har man uppnått i och med denna samverkan?

2. Utvärderingens uppbyggnad och metod

2.1 Två faser

Utvärderingen kan ses som en processutvärdering. Syftet för en processutvärdering beskrivs ibland som:

1. att löpande ge återkoppling som ökar möjligheten för ett förändringsprojekt att nå uppsatta mål
2. att bidra till ett systematiskt lärande och kunskapsuppbyggnad om hur ett förändringsarbete kan bedrivas effektivare.
3. Att återföra resultat och erfarenheter som kan bidra till ”bättre” lösningar i praktiken i form av kunskapsspridning (Nutek, 200x s 15)

Här har vi tagit fasta på dels återföringen för att nå uppsatta mål, dels att genom beskrivning, analys och diskussion av materialet bidra till ett lärande om hur ett förändringsarbete kan bedrivas effektivare.

Två faser

Den process vi följt visade sig falla sönder i två mycket olika faser. Fas 1, *startfasen* på ca ett år, och fas 2, *samverkansfasen* på ca två år. Startfasen var diffus och trevande med många problem, oklarheter, olika föreställningar och bilder om vad som skulle göras. Fas 2 blev lugnare och man nådde så småningom fram till ganska bra resultat präglade av samverkan.

De två faserna förstärktes i sin olikhet av att de yttre förhållandena förändrades drastiskt. Utgångspunkten för ansökan och aktiviteterna var den gemensamma nämnden och tanken att rehab och hemsjukvård skulle flytta över till kommunen och därmed motsvarande personal. När det, hösten 2006, visade sig att denna övergång inte skulle bli av, vidtog i stället arbete för att få till en samverkan mellan de olika yrkesgrupperna men nu tillhörande olika organisationer, kommun och landsting. I fas 2 arbetade man alltså under helt andra förutsättningar än de man under fas 1 hade tänkt sig skulle komma att gälla.

Som utvärderare hamnade vi därför i problemet att aktivitet 2, (kallas i fortsättningen för *Rehab och hemsjukvård*), i strikt mening upphörde i och med övergången till fas 2, då några

kompetensstegs pengar knappast längre gick till denna aktivitet. Däremot fortsatte själva aktiviteten: *Utveckla samarbetet mellan primärvårdens rehabilitering och hemsjukvård och kommunens vård och omsorg*, d.v.s. uppdraget för aktivitet 2. Detta skedde nu i andra samarbetsprojekt, främst ett gemensamt projekt kallat KLARA, men även två projekt kring rehabilitering. I och med detta så försköts utvärderingen av aktivitet 2 från att vara en utvärdering av hur Kompetensstegens medel användes, till att fokusera på samverkan enligt aktivitet 2:s målsättning i den ”efterdyning” som följde p.g.a. de ändrade förutsättningarna.

Vår utvärdering fokuserar därför på själva aktiviteten *att utveckla samverkan*, dels att få till ett fungerande demensteam, dels att få en bättre samverkan mellan olika yrkesgrupper kring vård, omsorg, rehab och sjukvård i hemmet. När det gäller demensteamet fanns en klart avgränsad aktivitet att studera. För samverkan kring vård, omsorg, rehab och hemsjukvård var ”KLARA” det självklara studieobjektet, men även två närliggande projekt som utvecklades under hand. På grund av detta fokus på ”att utveckla samverkan” har vi i redovisningen av materialet lagt stor vikt vid olika aktörers perspektiv och åsikter.

Problemen i startfasen kan ses som något passerat som man inte behöver orda om längre. Men ur lärsynpunkt är det precis tvärt om. Det är dessa problem i en startfas, som en utvärdering kan lyfta fram, som ger möjlighet till reflektion och som kan ge något som är av värde även för andra förändringsarbeten. De kan även ställas mot de framgångsfaktorer som präglade samverkansfasen. Att projektet har varit långvarigt har dessutom den fördelen att de som varit aktiva i processen kan ha distans till det hela efter tre år och därmed ha lättare att lyfta fram och diskutera problem som fanns då.

2.2 Metod

Bildandet av demensteam

Utvärderingen kan beskrivas som en processutvärdering där vi har tagit fasta på dels återföringen för att nå uppsatta mål, dels att genom beskrivning, analys och diskussion av materialet bidra till ett lärande om hur ett förändringsarbete kan bedrivas effektivare.

Genom intervjuer (där öppna frågor har använts) har de personer som intervjuats fått ge sin bild och upplevelse av arbetsprocessen kring *Bildandet av demensteam*. Detta är viktigt att framhålla, att det är de intervjuades subjektiva bilder som träder fram, vilket gör att man inte kan säga att den ena eller andras upplevelse är ”fel”. Genom att sammanställa intervjuerna har upplevda händelser, beskrivna från olika perspektiv, blivit synliga och troligtvis även påverkat processen kring *Bildandet av demensteam* i Borlänge. Intervjun med fokusgruppen lades upp på ett utforskande och klagörande vis. Utifrån öppna frågeställningar fick gruppen berätta med egna ord om erfarenheter man gjort i projektet.

I samråd med projektledning/verksamhetschef har nyckelpersoner i projektet valts ut till intervjuer. De första intervjuerna ägde rum under startåret 2006 och resterande intervjuer under åren 2007 och 2008. I nedanstående tabell visas vilka nyckelpersoner (titel) som intervjuades samt vilket år intervjun skedde.

Titel på intervjuad:	Intervjuad år:
<i>Kommunen</i>	
Projektledare	2006
Verksamhetschef,	2006, 2007
Enhetschef för sjuksköterskorna	2006
Enhetschef för demensteamet	2008
Demenssjuksköterska	2007
Behovsbedömare 1	2007
Behovsbedömare 2	2008
Undersköterskor, 6 stycken i en fokusgrupp	2007, 2008
<i>Landstinget</i>	
Distriktsjuksköterska	2007, 2008
Arbets terapeut	2007, 2008

Tabell 1. Titel på intervjuade nyckelpersoner samt vilket år intervjun skedde.

Därutöver har utvärderaren närvarat som observatör på demensteamets gruppmöten vid två tillfällen under 2007.

För att uppnå målen med Bildande av demensteam, skulle det i en inledande fas av projektet genomföras gemensamma aktiviteter med inslag av studiebesök, föreläsningar och grupparbeten. Därtill skulle samtliga personalkategorier inom demensteamet genomgå en specifik utbildning om demens innan verksamheten startade.

Ett grundläggande syfte med projektet var att genom kunskap om respektive verksamhets (kommun och landsting) uppdrag, organisation, arbetssätt och kultur bidra till att deltagarna i projektet skulle upptäcka möjligheter till *samordning* för brukarens och personalens bästa.

Rehab och hemsjukvård

Materialinsamlingen har skett genom intervjuer, deltagande vid möten och genom dokumentstudier. Intervjuerna, som har gjorts med öppna frågor, har spelats in och till viss del skrivits ut.

Följande personer med anknytning till aktivitet 2 har intervjuats :

KOMPETENSSTEGEN

- Ansvarig chef för Kompetensstegen, Resultatenhetschefen
- Projektledare för kompetensstegen,
- Kompetensstegens ekonom
- Verksamhetschefen för hemtjänst/LSS, ansvarig för arbetsgruppen aktivitet 2 i Kompetensstegen, senare ansvarig för KLARA-gruppen 'Samverkan'

KLARA-projektet

- Projektledaren för KLARA, även deltagare i arbetsgruppen aktivitet 2 i Kompetensstegen (vårdutvecklaren)
- Ansvarig för KLARA-gruppen 'Tillgänglighet', chef för sjuksköterskorna vid Borlänge sjukhus vårdcentral.
- Ansvarig för KLARA-gruppen Vårdplanering/dokumentation, även kommunens kontaktsköterska
- Deltagare i KLARA-projektet:
- Distriktssköterska
- Biståndshandläggare

- Arbetsterapeut, även deltagare i Rehabteamet
- Tre enhetschefer (gruppintervju)
- Sju personal (gruppintervju).
- Projektledaren för det närliggande projektet Vårdplanering med inriktning på rehab
- Biståndshandläggare för projekten Vårdplanering med inriktning på rehab och Rehabteamet.

Förutom bandade intervjuer på drygt en timme har jag som utvärderare haft kontinuerliga kontakter, oftast per telefon med ansvarig för Kompetensstegen, projektledaren för KLARA samt verksamhetschefen ansvarig för aktivitet 2 i Kompetensstegen och för KLARA-gruppen Samverkan. Därutöver har jag, Inga Michaeli, deltagit i Kompetensstegens styrgruppsmöten och flera av KLARA-projektets styrgrupps- respektive arbetsgruppsmöten.

Intervjuerna anges med datum. ”Notat” syftar på mötesanteckningar från Kompetensstegens arbetsgrupper, gjorda i startfasen av projektledaren.

2.3 Rapportens uppbyggnad

Rapporten inleds med bakgrund och utvärderingens uppbyggnad. I kapitel 3 och 4 beskrivs resultatet av studien, vad vi fått fram genom intervjuer m.m. I kapitel 3 beskrivs startfasen för de två aktiviteterna, medan kapitel 4 beskriver samverkansfasen. Förutsättningarna och förloppen för aktiviteterna var ganska lika under startfasen. I samverkansfasen skiljs dock aktiviteterna åt och följer olika förlopp. I kapitel 5 beskrivs de reella effekterna av kompetensstegsprojektet. I kapitel 6 ges reflektioner och slutsatser av utvärderingen för vardera aktiviteten, medan vi i kapitel 7 slutligen får en avslutande gemensam diskussion. I en bilaga ges en nerkortad version av rapporten.

Rapporten vänder sig dels till dem som direkt har berörts av Kompetensstegens och senare KLARA:s aktiviteter, dels till personer intresserade av Kompetensstegen allmänt och av problematiken kring samverkan kommun-landsting.

3. Studiens resultat: Startfasen

3.1 Gemensamt för startfasen

Ansökan

Ansökan hade skrivits under tidspress och de som skulle komma att beröras av dessa aktiviteter hade inte haft möjlighet att påverka uppläggningsen. Mot förmodan fick sedan kommunen hela sin ansökan beviljad. Detta innebar att man även i nästa skede hamnade i en tidspress med att få upp en organisation och få människor att komma i gång med arbetet. Statens konstruktion av Kompetensstegen innebar att pengarna inte fick användas till lön, med undantag för viss del av projektledningens arbete. I överenskommelsen med staten ingick vidare att kommunen skulle skjuta till resurser i form av arbetsinsatser för de olika aktiviteterna. Den knappa ekonomin gjorde dock att kommunen inte kunde skjuta till extra

medel för detta utan arbetet med Kompetensstegen måste göras inom ramen för det ordinarie arbetet. Under 2006 fanns dock möjlighet att få medel för utbildningsvikarier.

Kompetensstegens organisation

Man lyckades hitta en projektledare som kunde arbeta med projektet under ett år. Hon hade erfarenhet från olika utbildningsprojekt, bl.a. u-landsprojekt, men hade ingen erfarenhet av verksamhet inom vård och omsorg. Hon anställdes på 50%, till hälften betalt av kompetensstegens medel. En styrgrupp och tre arbetsgrupper tillsattes, en för varje aktivitet. I styrgruppen ingick de två resultatenhetschefer som arbetat med ansökan och projektledaren. Personer, knutna till de tre arbetsgrupperna var verksamhetscheferna för särskilt boende resp. för hemtjänst/LSS, kommunens MAS samt projektledaren för det gemensamma kommun-landstingsprojekt *Sammanhållen hemvård*, här kallad vårdutvecklaren. (Ur projektledarens uppdragsbeskrivning) Förutom projektledaren fick de övriga kommunanställda ingen extra tid för projektarbetet.

Redan före ansökan till Kompetensstegen startades projektet ”Sammanhållen hemvård” på uppdrag av gemensamma nämnden inför överföringen av hemsjukvården till kommunen. En vårdutvecklare från landstinget anställdes för detta som projektledare på 50 %. Uppgiften för denna projektledare var att arbeta med denna nya organisation som skulle ta form och där en central uppgift var att motivera den aktuella landstingspersonalen att flytta över till kommunen, en förändring som få av dem ville ha.

2006 fanns alltså två projekt, ett kommunprojekt, *Kompetensstegen*, och ett gemensamt projekt *Sammanhållen hemvård* initierat av gemensamma nämnden. Båda med syftet att verka för samverkan i samband med överföring av rehab och hemsjukvård till kommunen. I ledningsgruppen för Sammanhållen hemvård fanns kommun och landsting representerade medan enbart kommunen var representerad i Kompetensstegens ledningsgrupp. Båda projekten hade en projektledare på 50 %.

Filosofin för Kompetensstegens ledning var att se projektet som en process. Man börjar i en ända och försöker sedan styra utvecklingen i förhållande till uppsatta mål. Att ha det allt för preciserat i början var inte meningsfullt menade ledningen. Den första tiden koncentrerade man sig på att få igång undersköterskeutbildningen. Detta krävde mycket arbete. Ansökningsförfarandet måste tänkas ut, vikarier måste anskaffas och placeras in så att det passade med schemat, kontakter måste tas med skolan m.m. Även aktiviteten ”rehab och hemsjukvård” ville man börja med tidigt då den ansågs vara svår. Dementsteamet däremot fick vila till hösten 2006 innan baspersonalen i teamet fick gå utbildning i demensvård. (Möte i Kompetensstegen 5/4-09)

I projektets början var organisationen för den kommande verksamheten ännu oklar. Hur dementsteamet skulle konstrueras var under diskussion liksom hur organisationen skulle se ut när/om rehabpersonal och distriktssköterskor flyttade över till kommunen.

Projektledaren för Kompetensstegen såg sig som ansvarig för att driva processen framåt, ”lyfta frågorna”. Hon hade regelbundna möten med de olika arbetsgrupperna vilka kunde utökas beroende på vilken fråga som skulle diskuteras. Aktiviteter på ”vårdsidan” var däremot ”de tre pelarnas” ansvar, enligt projektledaren. De tre pelarna syftade på verksamhetscheferna och vårdutvecklaren från landstinget. Själv hade hon inte den erfarenheten, påpekade hon. De två verksamhetscheferna var dock mycket upptagna av undersköterskeutbildningen och sitt ordinarie arbete och hade i denna fas svårt att hinna med annat arbete inom kompetensstegen.

Vårdutvecklaren tog ett flertal gånger upp frågan om ”lokal projektledare”. Hon önskade att någon från ”vårdsidan” i kommunen, någon av de två verksamhetscheferna, kunde ta på sig rollen på minst 20 %. Anledningen var främst att hon ville ha en motpart på vårdsidan som kunde arbeta med att utveckla den blivande organisationen och integrationen av de två verksamheterna och som hade mandat att driva frågan (Intervju 28/4-09). Ingen av de föreslagna hade dock i nuläget någon möjlighet att ta på sig ytterligare uppgifter. Vårdutvecklaren skulle ta med sig frågan till de två resultatenhetscheferna (Notat 23/1-06). Behovet av en ”lokal projektledare” på ”vårdnivå” kommenterade en av cheferna i styrgruppen med: ”hon har ju oss”(Intervju 11/5-06). Så småningom erbjöd sig dock MAS-en att ställa upp i mån av tid och möjlighet. (Notat 1/6-06).

Projektledaren menade dock att de måste vänta med de egentliga aktiviteterna, speciellt aktivitet 2, tills organisationen var klar. Till dess fokuserades arbetet på diskussioner, konsensus/förankringsarbete samt föreläsningar och studiebesök. (Notat 15/3-09)

Kompetensstegens omorganisation

September 2006 kom Dfr med sin första delrapport där ett flertal brister beskrevs.

De sammanfattades som:

- Oklarheter i ledningsstrukturen, i kommunikationen mellan ledningsgrupp och verksamhetsledare.
- Det finns ingen tydlig organisation för att ta hand om utbildningen. Arbetsgrupper finns, men ingen har ett uttalat ansvar för arbetet. Verksamhetscheferna har inget tydligt uppdrag.
- Det saknas en drivande kraft i själva processen. Det finns ingen drivande person i grupperna med en idé om vad man vill uppnå.
- Styrgruppen/ledningsgruppen träffar verksamhetscheferna alltför sällan. Eftersom projektet är stort tror vi att medarbetarna behöver ett starkare stöd av projektledningen.

I December 2006 slutade projektledaren för Kompetensstegen och projektets styrgrupp organiserades om. Styrgruppen ändrades så att Kompetensstegens ekonom fick rollen som samordnare, medan uppgiften att driva projektet nu låg på styrgruppen. En av resultatenhetscheferna lämnade gruppen p.g.a. andra uppgifter medan styrgruppen i stället förstärktes av de två verksamhetscheferna för hemtjänst/LSS resp. vård- och gruppboheter, samt en person från Lärcentrum involverad i utbildningen till undersköterskor. De två verksamhetscheferna blev ansvariga för aktiviteterna 1 respektive 2. Omorganisationen gick i linje med Dfr:s påpekanden då styrgruppen i och med detta tog ett fastare grepp om utvecklingen och verksamhetscheferna blev mer delaktiga i ledningens diskussioner.

Nya signaler

Under våren 2006 kom ”signaler” om att en överföring av landstingets hemsjukvård till kommunen inte var så självklar bland landstingets politiker. Man ville avvakta regeringspropositionen hösten 2006 som enligt rykten skulle komma att föreslå en lag för en sådan övergång. När propositionen till slut kom så fanns inte något sådant tydligt förslag. Politikerna beslöt därför att överföringen av hemsjukvården till kommunen skulle läggas ”på is”. Ungefär samtidigt upphörde den gemensamma nämnden och projektet ”Sammanhållen hemvård” avslutades. I stället bildades projektet KLARA som syftade till att utveckla en modell för ett närmare samarbete kring hemvården, till att börja med för enbart ett vårdcentralsområde. Ledningsgruppen blev i det närmaste identisk med ledningen för

Sammanhållen hemvård med resultatsenhetscheferna från kommunen, närsjukvårdschefen och projektledaren för KLARA, som var den tidigare projektledaren för Sammanhållen hemvård.

Projektet KLARA sågs som den naturliga utvecklingen av kompetensstegens aktivitet 2. I KLARA-projektet kunde Kompetensstegen dels bidra med ekonomiska medel och dels med den tid som man i ansökan sagt sig svara för. Arbete för samverkan upphörde inte heller i och med de ändrade förutsättningarna. Snarare intensifierades det. Distriktssköterskorna t.ex. var måna om att visa att det gick att organisera en fungerande samverkan med kommunen även om de tillhörde olika huvudmän. Med de ändrade förutsättningarna kan man därför säga att en ny fas, *Samverkansfasen* inträdde. En lugnare fas med fokus på samverkan med brukaren i centrum. Någon hotande organisationsförändring hade man inte längre framför sig, samtidigt som en medvetenhet fanns om att samverkan var nödvändig för brukarens bästa.

I och med Kompetensstegens omorganisation och att projektledaren slutat så skildes de två aktiviteterna helt åt. De beskrivs i det följande var för sig.

3.2 Dementsteamet i startfasen

Utvärderingens syfte har varit att ge en bild av arbetsprocessen kring *Bildandet av demensteam* i Borlänge. För att sätta processen i ett sammanhang inleds avsnittet med en presentation av projektets framväxt och utveckling.

Startfasen

Under våren 2006 befann sig demensteamet (aktivitet 1) i en startfas. En arbetsgrupp för demensteamet tillskapades där förutom projektledaren, som var sammankallande för gruppen, ingick även verksamhetsledare, distriktssköterska, demenssjuksköterska samt biståndsbedömare. Arbetsgruppen hade mer karaktär av en avstämningsgrupp, där deltagarna rapporterade vad som har gjorts, än en arbetande grupp där man kunde diskutera uppkomna problem och hitta kreativa lösningar.

Det var tänkt att projektledaren skulle vara den drivande ”kuggen” i uppbyggnaden av demensteamet, men dom som kom att vara drivande var istället verksamhetscheferna (intervju 10/4 06). Flera informanter menade att den som leder ett sådant här stort och omfattande projekt bör vara väl insatt i den kommunala äldre- och handikappomsorgen. Demensteamets projektledare hade ingen erfarenhet från kommunal äldre- och handikappomsorg, vilket kan ha bidragit till att det var verksamhetscheferna som istället blev ”kuggarna” i projektet. Projektledarens uppfattning av sitt uppdrag var att driva processen, som att vara ”bränslet i en motor”. Inte, som vissa i projektet förväntade sig, en ”drivande kugge” i det konkreta uppbyggnadsarbetet av demensteamet. Projektledaren ansåg att hennes uppgift var att förklara för aktörerna hur processen ser ut och att det är aktörerna själva som äger problemet och processen.

Demensteamet organiseras

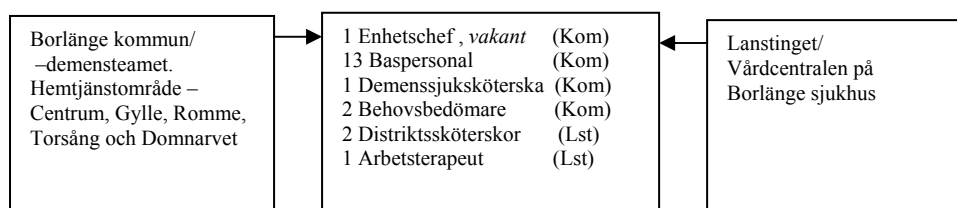
I början av projektet genomfördes en inventering av vilka hemtjänstområden som hade flest ärenden med dementa brukare. Utifrån denna inventering valdes hemtjänstområdena Centrum, Gylle, Romme, Torsång och Domnarvet till att vara det område där man prövade projektidén om ett demensteam. Motsvarande område inom landstinget, vårdcentralen på Borlänge sjukhus, var positiva till att delta i projektet vilket stärkte valet av område.

Initialt var det tänkt att undersköterskorna i demensteamet (i fortsättningen kallad baspersonal), med kompetensen att arbeta med dementa brukare, skulle vara utspridda på olika hemtjänstområden. Under processen att arbeta fram en organisationsstruktur växte tanken fram att bilda *ett team* där baspersonalen skulle vara organiserade som en hemtjänstgrupp med demens som spetskompetens. Till teamet kopplades det personal med olika professioner från kommunen (demenssjuksköterska och behovsbedömare) och landstinget (distriktssjuksköterskor och arbetsterapeut).

Ett av argumenten till att ”renodla” ett team var att den ordinarie hemtjänstens ofta förekommande problem var fördröjningar mellan brukarna och att personalen hade bråttom för att hinna med samtliga brukare. Denna stress som finns inom ordinarie hemtjänst skulle motverka vården och omsorgen av den demente. Den demente brukaren behöver ofta ett lugnt tempo, fasta rutiner och få personalbyten för att må bra och den anhörige ska få avlastning. Ett annat argument för att bilda *ett team* var att det ansågs svårt för personalen, som fått utbildning i demenssjukdomar, att kunna behålla den kompetensen när de kom tillbaka till sina ordinarie arbetsplatser där arbetskamrater inte fått samma kunskaper. Med andra ord skulle *ett team* medföra att kompetensen användes bättre och effektivare genom personalens fördjupade kunskaper, goda kännedom om brukaren samt kontinuitet bland baspersonalen.

Under hösten 2006 beslutade ledningen att bilda *ett demensteam* som anslöts till hemtjänstområdena Centrum, Gylle, Romme, Torsång och Domnarvet och vårdcentralen på Borlänge sjukhus. Figur 1 illustrerar hur organisationen såg ut hösten 2006. I teamet ingick 13 baspersonal, 1 demenssjuksköterska 2 behovsbedömare, 2 distriktssjuksköterskor och 1 arbetsterapeut. En enhetschef, som skulle leda teamet, planerades tillsättas omgående efter verksamhetens igångsättning. Men av olika anledningar kunde den tilltänkta personen inte tillträda tjänsten förrän hösten 2007.

Figur 1: Demensteamets organisation hösten 2006



Rekrytering och utbildning av personal

Under våren 2006 bjöd kommunen in landstinget att delta i arbetet kring *Bildande av demensteam*. Förfrågningar gick ut till personal, i både kommunen och landstinget, om att arbeta i teamet. Till distriktssköterskor, arbetsterapeut, demenssköterska och behovsbedömare gick förfrågningarna ut våren 2006 och man träffades ett antal gånger i olika konstellationer. I juni 2006 var nämnda yrkesgrupper på en gemensam utbildning (Om demenssjukdomar och att arbeta med demenssjuka personer och deras anhöriga) under 3 dagar.

För rekrytering av baspersonal skickades en inbjudan ut till samtliga hemtjänstområden i juni 2006 och man skulle anmäla sitt intresse senast i augusti 2006. Därefter skedde ett intervjuförfarande och antagna till projektet fick meddelande i augusti/september. Det

framkom i en fokusgruppintervju (intervju 11/4 07) att intresseanmälan har hanterats på olika sätt av ansvariga enhetschefer, vilket medförde att man fick olika förutsättningar att anmäla sig.

En av grundtankarna inför bildandet av demensteamet var att de som skulle ingå i teamet skulle "mötas" i en gemensam utbildning och på så vis få inblick i varandras perspektiv och kultur. I och med att aktivitet 1 inte enbart var en utbildningsaktivitet, som exempelvis aktivitet 3, innebar detta att inblandade aktörer även skulle bygga upp en ny organisation. Därför var ovanstående grundtanke ett viktigt inslag.

Eftersom den utbildning som skulle ordnas låg på gymnasienivå och inte ansågs var meningsfull för t ex yrkeskategorier med högskolekompetens ordnades två olika utbildningar. Den ena utbildningen riktade sig till baspersonal och den andra till yrkeskategorier med högskolekompetens. Vissa delar i utbildningarna var dock gemensam där baspersonalen och övrig personal möttes. I och med att två olika utbildningar ordnades gick själva grundidén förlorad.

Avsaknad av en verksamhetsnära chef

En fråga som inledningsvis var oklar var hur chefskapet för demensteamet skulle organiseras. Demensteamet berörde två resultatenheter (hemtjänst/LSS och SÄBO) vilket blev komplicerat då ansvaret föll på en verksamhetschef som till "vardags" inte hade detta område och dess chefer.

Ansvaret att lyfta ledarskapsfrågan förväntades ligga på projektledaren, vars uppdrag var otydlig i denna delen. Denna oklarhet kan ha medfört att tillsättningen av en verksamhetsnära chef senare drog ut på tiden. Då det inte var tydligt vem som var demensteamets chef tog verksamhetschefen för vård och gruppboister på sig ledarskapet. Eftersom detta egentligen inte var hennes område och då hon redan hade en stor verksamhet att ansvara för fanns ingen möjlighet att utöva ett *nära* ledarskap i det nybildade demensteamet. Vilket det nybildade teamet hade behövt och baspersonal kände sig i detta skede "lämnade åt sig själva" när de skulle börja ta emot brukare.

Verksamhetschefen hade dock en stor hjälp av demenssjuksköterskan som fick uppdraget att ansvara för demensteamets dagliga arbete. Med sin långa erfarenhet och kunskap kring demenssjukdom var demenssjuksköterskans kompetens till stor hjälp. Verksamhetschefen och demenssjuksköterskan delade här på ledarskapet. Verksamhetschefen hade det personaladministrativa ansvaret för demensteamet och demenssjuksköterskan hade ansvaret för att organisera arbetet i teamet. Det fanns dock önskemål från personalen att man behövde en enhetschef som utövade ett nära arbetsledarskap. Enligt planerna skulle en enhetschef ha tillsatts från start men på grund av tillsättningsproblem var tjänsten svår att besätta. Temporärt löste man detta genom att först ha demenssjuksköterskan som arbetsledare för att senare tillsätta en samordnare, som rekryterades från baspersonalen. Den 1 september 2007 tillsattes tjänsten som enhetschef. Denna tillsättning upplevdes som en stor förbättring för baspersonalen. Nu hade man en chef som kunde strukturera verksamheten utifrån ett nära ledarskap. Personalen upplevde att man hade en chef som man lätt kunde få kontakt med när man så önskade och som reagerade när något behövde åtgärdas.

3.3 Rehab och hemsjukvård i startfasen

Syftet med denna del av utvärderingen är att ge en bild av processen kring Kompetensstegen aktivitet 2, med fokus på samverkan.

Startfasen

Projektledaren

Projektledaren för Kompetensstegen såg sig som ansvarig för att driva processen framåt. Aktiviteter på ”vårdsidan” var däremot ”de tre pelarnas” ansvar. De tre pelarna syftade på verksamhetscheferna och vårdutvecklaren från landstinget. Själv hade hon ju inte den erfarenheten, påpekade projektledaren.

Verksamhetschefen

Ansvarig på ”vårdsidan” för aktivitet 2, Rehab och Hemsjukvård var verksamhetschefen för hemtjänst/LSS. Utöver detta var hon ansvarig för de praktiska frågorna kring undersköterskeutbildningen vilket hade tagit mycket tid. Hon hade ju dessutom sitt ordinarie chefsjobb för hemtjänsten. Hon hade trott att projektledaren skulle göra mer och hade önskat att de haft tid att diskutera igenom hur man ville att de här pengarna skulle användas. De var ju 450 personal och 16 distriktssköterskor. Vilka ville man nå och hur skulle man nå ut i organisationen? Vad var lämplig form för att få de två grupperna att lära känna varandra. Det gällde bl.a. att få en balans mellan kommunens personal och landstingets. I stället skickade projektledaren ut mängder av förslag på olika program och föreläsningar, utan att man hade haft tid att diskutera. (intervju 12/4-06)

Verksamhetschefen tyckte att när det gällde undersköterskeutbildningen så hade hon mandat och förstod vad som skulle göras. När det gällde aktiviteten Rehab och hemsjukvård var hon däremot mer osäker, bl.a. om vilket uppdrag hon hade. Att vara motpart och bollplank till vårdutvecklaren var hon därför tveksam till, förutom att hon inte hade utrymme för detta. De praktiska frågorna på ”vårdnivån” var ju till stor del knutna till den nya organisation som förväntades. Och sådana frågor måste hon diskutera med sin chef och projektledningen om. Hon hade inte varit med och diskuterat ansökan och de hade sedan fått uppdrag att vara med i projektet utan någon större diskussion om vad det innebar. Detta sätt att gå fram på svarade dock väl mot projektledningens filosofi, att det hela var en process, man började och fick se vart det ledde. Verksamhetschefen menade själv att hon borde ha samarbetat mer med vårdutvecklaren från landstinget. Men det hade inte blivit av. ”De hade ju så olika förutsättningar” (a.a.)

Vårdutvecklaren

Vårdutvecklaren från landstinget hade dock uppskattat samarbetet med projektledaren och de hade haft diskussioner om olika utbildningsmöjligheter tillsammans. Projektledaren hade en kunskap som var mycket värdefull i detta läge, menade vårdutvecklaren. Vårdutvecklaren hade i sin tur erfarenhet från projektet Sammanhållen hemvård där uppdraget var organisationsförändring inför överföringen av Rehab/hemsjukvård till kommunen. Hon hade efterfrågat en ”lokal projektledare” på kommunsidan, ett bollplank på ”vårdnivå” som hade mandat att driva dessa frågor och med vilken hon kunde diskutera frågor som utvecklingen av organisationen och upplägg av möten mellan olika personalgrupper. Men detta hade aldrig kommit till stånd. I stället hade vårdutvecklaren och projektledaren rimligtvis ömsesidigt stöd av varandra när det gällde aktiviteten Rehab/hemsjukvård, där ett viktigt moment i omorganisationen var att motivera distriktssköterskorna att flytta över till kommunen. Vårdutvecklaren arbetade med olika typer av möten och föreläsningar där olika personalkategorier deltog: sjuksköterskor, rehabpersonal, biståndsbedömare, enhetschefer och

hemtjänstpersonal, en del finansierade med Kompetensstegens pengar. Vårdutvecklaren var dock besviken på den dåliga uppslutningen från kommunens personal vid dessa utbildningstillfällen.

Konsekvenser av Kompetensstegens omorganisation

I och med att det inte blev någon överföring av hemsjukvården till kommunen hamnade utvecklingen av hemsjukvården och därmed kompetensstegens aktivitet 2 i "ett vakuum", menade Kompetensstegens ledning. Där blev KLARA blev den naturliga fortsättningen för ledningen. Vårdutvecklaren menade dock att Kompetensstegen hamnade i "ett vakuum" genom att projektledaren och hennes arbetsgrupper försvann. Tidigare var vårdutvecklaren ofta med på olika möten som Kompetensstegen ordnade, men numera hörde hon ingenting, blev aldrig kallad. Hon tyckte dessutom inte att Kompetensstegen ingick i KLARA, som hon såg som en fortsättning av projektet Sammanhållen hemvård. I projektbeskrivningen för KLARA 070320 står dock att "projektet understöds delvis via Kompetensstegen".

Förändringarna störde relationen mellan kompetensstegens ledning och KLARAS projektledare. Kompetensstegens styrgrupp hade blivit mer uppmärksam på hur pengarna användes, bl.a. genom att ekonomen nu satt med i styrgruppen. Behovet av strategi för hur pengarna skulle användas var något som bl.a. påpekades i Dfr:s delrapport. De ekonomiska frågorna aktualiserades också av att medel för utbildningsvikariat avskaffades av regeringen hösten 2006. Detta gav problem för den konferens om äldre och läkemedel som hade planerats till slutet av mars 2007. Kompetensstegens dåvarande projektledare och vårdutvecklaren hade skrivit ett avtal om att kompetensstegen skulle finansiera detta. Kompetensstegens ledning protesterade dock när en faktura kom inför konferensen. Villkoren hade förändrats i och med att kompetensstegen inte kunde finansiera några vikarier längre påpekade ekonomen. Den tidigare överenskommelsen måste därför rivas upp. Vårdutvecklaren blev mycket irriterad. Hon hade dessutom trott att kompetensstegen var ett gemensamt projekt för kommun och landsting och inte bara kommunens, en uppfattning som kan förklaras av att den gemensamma nämnden formulerat det som sitt projekt. De kom dock överens och betalade 50% var av konferenskostnaden.

Irritationen mellan Kompetensstegens ledning och KLARAS projektledare, påverkade säkert också frågan om Kompetensstegen var en del av KLARA eller inte. Enligt Kompetensstegens ekonom kunde Kompetensstegen bidra med medel för utbildningsinsatser när det var aktuellt och KLARA kom med sådana önskemål (intervju 7/5-07). Några sådana önskemål kom dock inte sedan irritationen kring konferensen mars 2007.

Den ansvariga för kompetensstegens aktivitet 2 tog dock detta lugnt. Hon menade att hon, efter att det blev klart att de inte skulle gå samman kring hemsjukvården, påpekat för vårdutvecklaren att de ändå måste fortsätta med aktiviteter för samverkan. Hemtjänsten skulle inte klara sitt arbete med allt sjukare brukare, utan att få mer hjälp av primärvården. Hon brydde sig inte om vart det hon gjorde skulle räknas, sa hon. Det viktiga var att de gjorde något som blev bra för brukaren, för KLARA.

I och med övergången till KLARA började *samverkansfasen* ta form för aktivitet 2.

4. Studiens resultat: Samverkansfasen

4.1 Demensteamet i samverkansfasen

Samverkansfasen inleddes kring årsskiftet 06/07. Kompetensstegen omorganiserades, projektledaren slutade och de två verksamhetscheferna fick ett tydligt ansvar för att leda respektive aktivitet. Genom detta så fick man en tydlig uppdelning mellan de två aktiviteterna som nu utvecklades helt åtskilda varandra.

Demensteamet börjar besöka brukarna

När baspersonalen, i slutet av 2006, hade genomfört sin fem veckors utbildning planerades att verksamheten skulle starta. Baspersonalen fick då veta att det fanns en lokal där teamet skulle vara. I detta skede förväntade sig personalen att lokal och dylika ting skulle vara iordningställda så verksamheten kunde sätta igång. Så var det dock inte och personalen fick ytterligare tid för att iordningställa lokalen och andra praktiska ting. I månadsskiftet november/december 2006, när lokalen var iordningsställd, kunde demensteamet börja besöka brukare.

Under 2007 tog demensteamets arbete mer fart och rönste stor uppskattning från flera håll. Bland annat uppmärksammade personalen på dagverksamheten, där många dementa brukare vistas under dagtid, att de brukare som haft besök av teamet på morgonen innan de åker till dagverksamheten var lugnare än de brukare som hade ordinarie hemtjänst. Detta är, enligt en av de intervjuade, en kvalitetshöjning av vården och omsorgen om personer med demenssjukdom (Intervju 16/4 07).

Demensteamet fick under detta året även en mer fast mötesstruktur där teamet, baspersonalen, behovsbedömare, demenssköterska, distriktssjuksköterskor och arbetsterapeut träffades var 14:e dag för ärendedragning och för att diskutera förbättringsområden. Träffarna ansågs viktiga för baspersonalen då mötena syftade till att utbyta erfarenheter och konsultera de övriga i teamet.

Men även brister och problem blev mer synliga och en tydlig konflikt mellan landstingets distriktssjuksköterskor och kommunens baspersonal blev märkbar.

Förändringar

Vid starten av projektet *Bildande av demensteam* var överenskommelsen att två distriktssköterskor skulle vara kopplade till demensteamet. Distriktssköterskorna hade fasta telefontider då baspersonalen kunde nå dem för medicinsk rådgivning. Det bestämdes att de även skulle medverka vid demensteamets träffar varannan onsdag. Ett visst missnöje från baspersonalen infann sig dock med anledning av att distriktssjuksköterskorna allt mer sällan deltog vid träffarna. Distriktssjuksköterskorna å andra sidan framhöll att de fick information om att vissa träffar blivit inställda (fast mötet har ägt rum) och kände sig nu inte 'välkomna'. Missnöjet ledde till ett möte där parterna pratade om vad som inte fungerade och man var överens om att distriktssjuksköterskornas organisation inte fungerade på ett tillfredställande sätt.

Distriktssköterskorna började skissa på en lösning och i februari 2007 meddelade distriktssköterskorna till demensteamets ledning att man ändrat i sin organisation gentemot demensteamet. Denna ändring kom dock inte till baspersonalens kännedom förrän i mars/april

vilket ledde till viss förvirring då man inte blivit kommunicerad förändringen annat än genom en kort skriftlig information.

Förändringarna medförde att samtliga distriktssjuksköterskor, åtta stycken, delades upp i fyra områden som nu skulle arbeta mot demensteamet. Där någon distriktssjuksköterska från någon av de fyra teamen alltid skulle delta på demensteamets träffar. En grundtanke med förändringen var också att demensteamet på ett lätt sätt skulle nå distriktssjuksköterskorna när behov uppstod. Detta löste man genom att demensteamet fick mobiltelefonnummer till samtliga distriktssjuksköterskor. Inom den nya organisationen har distriktssjuksköterskorna försökt förändra och förenkla arbetet sinsemellan för att göra arbetet tillsammans med demensteamet så bra som möjligt. Bland annat skapades en pärm vilken den distriktssjuksköterska, som medverkar vid demensteams träffen, tar med sig. Detta för att kunna överföra information både från de övriga distriktssjuksköterskorna till demensteamet och tvärtom. För att ytterligare förbättra samarbetet mellan distriktssjuksköterskorna och baspersonalen medverkar, sedan 1 oktober 2008, en och samma distriktssjuksköterska vid teamträffarna. Detta fungerar, enligt enhetschefen, mycket bra och är en stor förbättring.

Ytterligare förändring som kom att ske inom demensteamet var när kommunens demenssjuksköterska gick i pension, sommaren 2007, och tjänsten beslutades att inte återbesättas. Enligt resultatenhetschefen stod man i begrepp att bilda en ny organisation, där kommunen förstärkte sin sjuksköterskeorganisationen med 1 årsarbetare och bildade ett team på fyra sjuksköterskor som skulle arbeta mot dementa och övriga brukare inom Borlänge kommun. Dessutom inrättades en ny tjänst som anhörigstödare som bl.a. kom att arbeta med anhöriga till dementa brukare. Under intervjuer med deltagarna i demensteamet framkommer att demenssjuksköterskans medverkan vid igångsättningen av *Bildande av demensteam* var av stor betydelse. Att hennes specifika kunskap och erfarenhet att arbeta med personer som har en demenssjukdom var av stor vikt vid utformningen av demensteamet.

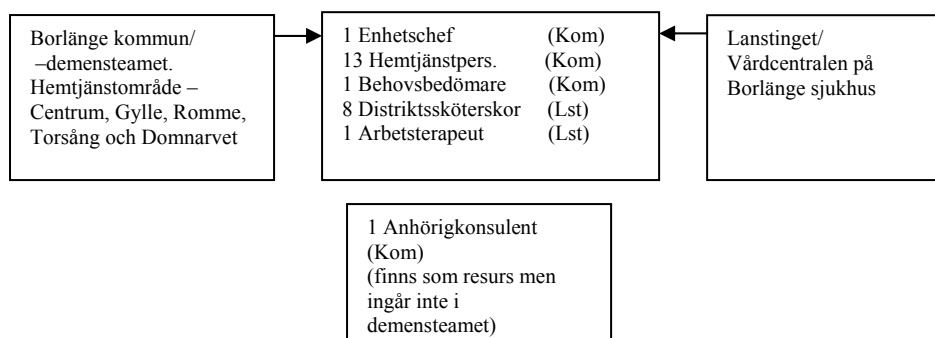
En förändring och vidareutveckling som kom baspersonalen till del, var den externa konsult som tillsattes för att hjälpa gruppen att utvecklas. Under samma period tillträdde enhetschefen på sin tjänst, som skulle jobba vidare med gruppens utveckling efter att konsulten avslutat sitt uppdrag.

Demensteamet permanentas och ett nytt startas

Demensteamet i Borlänge har arbetat fram ett specifikt sätt att *samverka* gällande brukare med demenssjukdom. Det utmärkande för teamet är att *baspersonalen* tillsammans med *enhetschef*, *biståndsbedömare*, *distriktssjuksköterskor* och *arbetsterapeut* kontinuerligt medverkar i gemensamma möten var 14:e dag. Det är vid dessa möten som överföring av kunskap och erfarenhet sker mellan professionerna.

Den 1 januari 2008 permanentas Demensteamet i Borlänge och bestod av 24 personal enligt nedanstående organisationsskiss.

Figur 2: Demensteamets organisation våren 2008



Enhetschef

Enhetschefen för demensteamet, som tillträdde sin tjänst 1 september 2007, fanns nu på plats och kunde utföra det nära ledarskapet som teamet hade efterfrågat. Samtliga i teamet är mycket nöja med det ledarskap som baspersonalen får och uttrycker att ledarskapet fungerar mycket bra. Enhetschefen är chef för demensboende (servicehus) och demensteam. Planerna är att enhetschefen kommer vara chef för samtliga demensteam som planeras starta i Borlänge.

Baspersonal

Antalet baspersonal är densamma som vid starten, 13 tjänster. Under hösten 2007 slutade dock 5 personal, för att börja jobba på det nya demensboendet. Dessa fem ersattes av ny personal. Baspersonalen organiseras i fyra – fem lag. Lagen har delats in geografiska områden och består av fyra personal. Kontaktpersonerna är knutna till ett av lagen och arbetar mot 3-4 brukare var. Varje brukare har två kontaktpersoner. Detta innebär att brukaren möter färre personal vilket var en av projektets grundtankar. Baspersonalen vars dagliga arbete går ut på att ge vård och omsorg till brukare med demens är ett svårt arbete (intervju 11/4 07) som både tar tid och energi. För att den positiva utveckling som skett, ska fortsätta har personalen behov av fortbildning, handledning och gemensamma träffar för planering. Delar av detta har även påpekats av länsstyrelsen i Dalarna vid en tillsyn. Tidigare hade baspersonalen egna möten en gång/vecka för att diskutera metodfrågor i enskilda ärenden. Det är av stor vikt att gruppen har ett gemensamt förhållningssätt till enskilda brukare och för att kunna utbyta erfarenheter och lära av varandra behöver personalen forum för detta. För att uppfylla ovanstående önskemål planeras handledning för baspersonalen.

Behovsbedömare

Vid starten av *Bildandet av demensteam* medverkade två biståndsbedömare. Under projektets gång fick den ena biståndsbedömaren andra uppdrag, varför det beslutades att teamet endast skulle bestå av en biståndsbedömare. Behovet av biståndsbedömning var störst i början av projektet och det uppskattades att det fortsättningsvis skulle vara tillräcklig med en biståndsbedömare. Biståndsbedömaren tillhör en enhet med biståndsbedömare där arbetet består av behovsbedömning till både ordinarie hemtjänst och demensteamet. Arbetet med demensteamet upptar i genomsnitt 25 % av biståndsbedömarens arbetstid (intervju 24/6 08).

Arbetsterapeut

Arbetsterapeutens arbetssituation har inte förändrats i någon större utsträckning sedan demensteamet startades. Arbetsterapeuten deltar i teamets möten var 14:e dag och utför gemensamma hembesök tillsammans med kontaktpersonerna när behov finns. Arbetsterapeutens arbete i demensteamet upptar nästan 25 % av arbetsterapeutens arbetstiden (intervju 17/6 08).

Distriktssjuksköterskor

Sedan våren 2007 ingår 8 distriktssjuksköterskor i demensteamet, varav en och samma sjuksköterska alltid deltar vid teamets möten var 14:e dag. Ganska snart efter start av demensteamet stod det klart att deras organisation inte fungerade tillfredställande. En organisationsförändring genomfördes då gentemot demensteamet (se kap 6.2). Samtliga i demensteamet understryker att distriktssjuksköterskornas förändring av sin organisation fungerar mycket bra. Tillgängligheten och kontinuiteten har blivit mycket bättre.

Start av demensteam II

Den 5 januari 2009 startade Borlänge sitt andra demensteam. Vilket förmodligen är ett resultat av det goda arbete som utförts under projekttiden i Demensteam I. En av de intervjuade framhåller att hade inte demensteam I varit ett så väl fungerade team skulle det inte ha blivit något mer team (intervju 24/6 08).

4.2 Rehab och hemsjukvård i samverkansfasen

KLARA-projektet, ett projekt för samverkan

Under våren 2007 startades planeringsfasen för KLARA-projektet, ett projekt som kan ses som en omvandling av det tidigare projektet Sammanhållen hemvård. Uttrycket 'KLARA' syftade på en tänkt brukare, en person som skulle stå i centrum för både kommunens som primärvårdens aktiviteter. Till skillnad från Sammanhållen hemvård som riktade sig till hela kommunen så ville man nu jobba med ett avgränsat geografiskt område knutet till en vårdcentral. Man valde vårdcentralen placerad i Borlänge sjukhus.

Syftet för KLARA-projektet beskrevs som:

att i mindre skala uppnå kontinuitet, ökad tillgänglighet och ökad samverkan i vårdprocesserna och en effektivisering av det totala vårdutbudet, så att patient/brukare upplever tillit och trygghet. Utgångspunkten ska vara brukarnas/vårdtagarnas (KLARAS) behov utifrån berörda huvudmäns gemensamma resurser och förutsättningar.

KLARAS målsättning och konstruktion svarade därför väl mot Kompetensstegens mål. Så mycket kompetensstegspengar gick dock inte till KLARA. I stället tog kommunens insatser form som arbetstid, arbetsinsatser från verksamhetschef, kontaktsköterska, biståndshandläggare m.m. som alla ingick i KLARAS planeringsgrupper på olika sätt. Arbetet var mer praktiskt nu, menade verksamhetschefen, ansvarig för Kompetensstegens aktivitet 2. Man träffades på eftermiddagen och pratade ihop sig. Det kostade inget mer än tid, och kompetensstegspengar för tid gick inte att få. I stället ansökte kommunen varje år hos socialdepartementet om att få omfördela pengarna, så att de kunde gå till demensteamet i stället.

Anmärkningsvärt är dock att trots att KLARA var ett gemensamt projekt med företrädare från såväl kommun som landsting i ledningsgruppen så står mycket lite skrivet om kommunen och de två organisationernas insatser. I KLARAs projektbeskrivning står som "avsändare" på framsidan enbart "Mellersta närsjukvårdsområdet", d.v.s. landstinget.

Dfr:s utvärdering av denna fas inriktas alltså på själva aktiviteten kring vård, omsorg, rehab och hemsjukvård med fokus på processer kring samverkan. KLARA är dock ett mycket större projekt än Kompetensstegens aktivitet 2. Att följa KLARA-projektet har varit omöjligt inom den aktuella tidsramen för utvärderingen. I stället görs här en övergripande beskrivning av projektet, samt några nedslag vad gäller möten mellan organisationer och professioner.

KLARA-projektets uppbyggnad

Klaraprojektet organiserades med en ledningsgrupp, en styrgrupp och tre arbetsgrupper/temagrupper kring tre områden: *Samverkan/mötesarenor, tillgänglighet* respektive *vårdplanering/dokumentation*. Ledningsgruppen var den samma som för "Sammanhållen hemvård". I styrgruppen satt bl.a. ansvariga för de tre arbetsgrupperna och

projektledaren. Verksamhetschefen för hemtjänsten, som var den ansvariga för Kompetensstegen aktivitet 2, var nu ansvarig för gruppen Samverkan. Varje arbetsgruppsansvarig bildade sedan sin grupp med de olika berörda yrkesgrupperna representerade. Såväl kommunens som primärvårdens personal blev på så vis väl företrädna. Man började med en ”brainstorming” för att ta fram de viktigaste problemen att jobba med. Den ideologiska grunden för samarbetet var att brukaren KLARA alltid skulle stå i centrum. ”Man skulle göra det som var bäst för personen KLARA”. Arbetet syftade till att utveckla en modell för samverkan mellan organisationer och yrkesgrupper. Våren och sommaren 2007 ägnade man åt planering där modeller för samverkan skulle tänkas ut. I september 2007 skulle sedan de olika arbetsgruppernas modeller tillämpas och prövas.

Gruppen *Samverkan/mötesarenor* konstruerade arenor för möten mellan olika personalkategorier. En sådan arena var KLARA-träffarna, där alla berörda yrkeskategorier samlades ca en gång i månaden och diskuterade en till två brukare. Från början var det tänkt att hemtjänstpersonalen skulle välja ut personer som de ville få diskutera och få hjälp med. Sjuksköterskan skulle vara sammankallande. En annan mötesarena var att distriktssköterskorna besökte hemtjänsten 3 – 5 gånger i veckan. En tredje arena var att distriktssköterskor, rehabpersonal och behovsbedömare möttes vid behov.

Gruppen *Tillgänglighet* byggde sitt arbete på en konkret organisationsförändring som distriktssköterskorna gjort vid denna vårdcentral redan innan projektet KLARA startade. Omorganisationen innebar att distriktssköterskorna arbetade i lag om två och två, en på vårdcentralen och en ute hos hemtjänsten. Gruppen arbetade bl.a. med att upprätta telefonlistor. Såväl hemtjänstpersonal som distriktssköterskan ute blev nu nåbar genom mobiltelefoner och även andra yrkesgrupper kunde nås genom telefonlistorna. Man gjorde en överenskommelse med MOH (*Medicinsk omhändertagande i hemmet*) så att hemtjänstpersonalen hade en sjuksköterska tillgänglig nattetid och att samordningen mellan hemtjänstpersonal, MOH och distriktssköterska klargjordes.

Gruppen *Vårdplanering/dokumentation* slutligen arbetade med rutiner för varsel från sjukhuset när en patient skickas hem, med vårdplanering, med dokumentation och med fallprevention. Här var sjukhuset ofta indraget, d.v.s. en aktör som inte direkt ingick i KLARA-projektet. Genom den kommunanställda kontaktsköterskan fanns dock en väl fungerande länk mellan de olika aktörerna. Ett datasystem, ELVIS, för överföring av patienter mellan sjukhus och primärvård och kommun var under införande, ett system som dock fortfarande led av ’barnsjukdomar’.

Arbetsformen innebar att det bildades många olika grupper som arbetade med närliggande frågor där varje fråga innebar att de olika yrkesgrupperna konfronterades med varandra med sina olika vanor, intressen och perspektiv. Modellerna skulle successivt prövas, revideras och jämkas i förhållande till varandra i de fall de olika temaområdena flöt i varandra. KLARA-projektet kan därför beskrivas som att man ville arbeta sig igenom detta komplexa system med dess olika aktörer för att därigenom skapa ett smidigare samarbete.

Förändringar och problem under projektets gång

Arbetsformen innebar att aktör från olika yrkesgrupper fick diskutera, ompröva och utveckla sitt arbetssätt i förhållande till de andra och hitta möjliga lösningar. De temagrupper som låg närmast varandra var tillgänglighet och mötesarenor. I och med att mötesarenor skapades så blev också tillgängligheten bättre.

Det viktigaste bidraget till tillgängligheten tycks ha varit distriktssköterskornas omorganisation så att en distriktssköterska jobbade ”ute”. Hon kunde göra hembesök, komma när vårdpersonalen kallade och delta i vårdplaneringar. Detta gav stora förbättringar som uppskattades av de övriga yrkesgrupperna, inte minst vårdpersonalen, medan det för distriktssköterskorna i vissa avseenden innebar en försämring. Tillgänglighetsgruppen arbetade bl.a. med att upprätta telefonlistor. Det var inte helt självklart att alla ville lämna ut sina telefonnummer. Speciellt gällde detta hemtjänstpersonalen som inte ville bli uppringd ”hur som helst”. Men insikten att distriktssköterskorna kunde behöva få kontakt med dem, t.ex. för att kunna komma in i en brukares hem, och de själva ville kunna nå distriktssköterskorna gjorde att det hela löste sig i samförstånd så att varje hemtjänstgrupp hade en mobiltelefon för kontakter.

Även rehab hade invändningar mot att lämna ut ett mobiltelefonnummer. Man var ingen organisation för akutvård, menade de. Det fungerade bra med faxen, sedan kunde de ringa upp. Vårdpersonalen var dock mycket kritisk mot rehab och deras bristande tillgänglighet. Det var Rehab som var svårast att få tag på. De hade bara telefontid mellan 8 – 9, och vid den tiden hade hemtjänstpersonalen svårt att ringa. Och faxade man och bad Rehab ringa upp, så var det inte säkert att man kunde svara om man då var hemma hos en brukare.

De olika mötesarenorna var ett bra sätt att öka tillgängligheten speciellt för kontakten vårdpersonal och distriktssköterskor. Det fungerade bra med ”brevlådan”, att distriktssköterskorna kom förbi på deras lunch tre gånger i veckan och frågade om det var något. De stora KLARA-mötena 1 gång i månaden hade varit bra tyckte vårdpersonalen. Man fick träffa de andra yrkeskategorierna och fick information. Inte minst hade det givit en kontakt med rehabpersonalen. Man kunde ta upp även mindre frågor som höjning av toaletsits eller en rullstol som var obekvämt för brukaren. Och nästa gång man kom till brukaren ”så var det fixat”. Ett problem med dessa möten var dock, tyckte personalen, att man efter gemensam diskussion kunde besluta om något, men hur detta skulle genomföras blev hängande i luften. Några i vårdpersonalen hade dock på eget initiativ sett till att det som beslutats blivit genomfört.

Ett problem med de stora KLARA-träffarna var att många kunde utebli. Vårdpersonalen tyckte det var utmärkt att de kunde vara med och påverka vilka brukare som skulle tas upp. Men det kunde bli så att den personal som valt ut lämpliga brukare att diskutera på KLARA-mötet inte kunde komma själva. Det blev tomgång. Den personal som kunde mest om brukaren i fråga och som ville få instruktioner och stöd var inte där. Ett annat problem kunde vara att sjuksköterskorna uteblev då de tyckte att detta inte var patienter med medicinska behov. Eller så kom t.ex. rehabpersonal på mötet men de brukare som diskuterades berörde inte dem. Vid ett tillfälle blev rehabpersonalen inte kallad då sjuksköterskan ansåg att det inte rörde dem. Vid sådana missar hade den ansvariga för Samverkansgruppen ringt upp personer som uteblivit eller kommit med kritik. De träffades och justerade uppläggningsen av arbetet. ”Man måste träna lite” sa hon. T.ex. ändrades modellen så att sjuksköterskan, i samråd med personalen valde ut de brukare som skulle diskuteras. Det skulle vara högst två personer. Blev det tid över kunde sjuksköterskan informera i medicinska frågor. På så vis blev KLARA-träffar också en form av undervisningsträffar för denna distriktssköterska, något man hade haft svårt att få till tidigare (intervju 29/9-08).

Rehabpersonalen var inte helt tillfreds med dessa mötesarenor. Vid vårdcentralen vid Borlänge sjukhus satt både distriktssköterskor och vårdpersonal för ett hemtjänstområde. De ”bodde ihop”, hade nära kontakter, och vårdpersonalen kunde titta in hos sköterskorna så

snart de ville diskutera något. Rehabpersonalen däremot satt på helt annat håll och hade inte denna nära kontakt. Detta gjorde att rehabpersonalen kom i skym undan. Distriktssköterskan som sammankallande till KLARA-mötena kunde tycka att något KLARA-möte inte behövdes, eller att de brukare det gällde inte berörde rehabpersonalen. Mötesarenor för denna rehabgrupp hade därför svårt att ta form. Denna brist på mötesmöjligheter kan ha bidragit till att ett Rehabteam startade senare.

Gruppen Vårdplanering/dokumentation hade goda kontakter med sjukhuset genom kommunens kontaktsköterska som också var den ansvariga för gruppen. Här var visionen en gemensam dokumentation. De olika organisationernas lagsystem och datasystem, sekretess m.m. gav dock stora svårigheter. Man lyckades ändå skapa en gemensam blankett för resultat från vårdplanering i hemmet där alla berörda yrkesgrupper skulle fylla i sitt. Däremot gick det inte att ha både kommunens och landstingets logga på denna blankett enligt landstingets jurist. En ganska dråplig illustration till de olika formella gränser och regler som ligger bakom en del av samverkanssvårigheterna.

Ett annat problem som denna grupp försökte tackla var mottagandet av patienter som skickades från sjukhuset till hemmet. Där var det ofta otillräckligt stöd från primärvården menade ansvarig för gruppen. Hemtjänstpersonalen kunde hamna i svåra situationer och behövde hjälp. Distriktssköterskorna behövdes för hjälp med t.ex. medicin och för uppföljning. En distriktssköterska menade i sin tur att de inte alltid fick reda på att en patient skulle skrivas ut från sjukhuset. Detta borde inte hända med det nya Elvis-systemet, men hände ändå. Med KLARA-projektet och med en ”utesyrra” hade det dock blivit bättre. Hemtjänsten ringde ”och på 10 minuter var distriktssköterskan där”.

Närliggande projekt

Våren 2007, ungefär samtidigt med KLARA, initierades ett projekt *Vårdplaneringsteamet med inriktning på rehabilitering* med syfte att skapa en modell för speciellt behövande patienters övergång från sjukhuset till hemmet. Detta var ett kommun- och landstingsprojekt som, till skillnad från KLARA, omfattade hela kommunen, och det gällde äldre personer som blivit inlagda på någon av Falu lasarets akutavdelningar. Det var tidiga insatser i hemmet vid hemgång från lasarettet som stod i fokus.

Projektledare för detta projekt var ”Den medicinskt ansvariga för Rehabiliteringen” (MAR-en) i kommunen. En del i hennes uppdrag var att verka för rehabiliteringens utveckling men också för samverkan mellan huvudmän, olika vårdnivåer och yrkeskategorier. Projektet samfinansierades av kommun och primärvård och fick statliga stimulansmedel av vilket kommunen fick 3/4. Kommunen betalade därför för fler personer i teamet. I ledningsgruppen satt en resultatansvarig från kommunen, chefen för biståndshandläggarna och chefen för Primärvårdsrehab, tillika chef för en vårdcentral, samt projektledaren. Projektet var alltså väl förankrat på ledningsnivå hos såväl kommun som primärvård

Själva teamet bestod av kontaktsköterskan (även ansvarig för KLARAs grupp vårdplanering/dokumentation), arbetsterapeut och biståndsbedömare från kommunen och sjukgymnast från primärvården. Teamet letade upp de mest behövande patienterna på sjukhuset och gjorde ofta en vårdplanering redan där. Teamet mötte sedan upp när patienten kom hem. De såg till att säng, trappa, toa m.m. fungerade för brukaren. Ofta konsulterade de distriktssköterskan. Efter två veckor övergick ansvaret till primärvårdens Rehabcentrum.

Sjukgymnasten blev dock sjukskriven halvvägs in i projektet, och ersattes inte. Projektet bestod därför av enbart kommunanställda och kallades ibland av andra aktörer för ”Kommunens vårdplaneringsteam”.

Detta nya projekt upplevde en del KLARA-medarbetare som problematiskt. Det skapade förvirring kring vad som var vad menade KLARAs projektledare. Hon tyckte att projektet borde ha vuxit fram mer i diskussion med KLARA och varit en del i KLARA. En distriktssköterska tyckte det var irriterande att det inte ingick någon distriktssköterska i vårdplaneringsteamet, de blev ju ofta kallade ändå och det hade inte varit mer arbete för dem att vara med redan från början. Även själva vårdplaneringsteamet hade gärna haft med en distriktssköterska i gruppen, men projektets styrgrupp hade motsatt sig detta. Kontaktsköterskan påpekade att hon hade den medicinska kompetensen men inte rollens befogenheter och hon hade inte patientens journal.

Argumenten för ett projekt vid sidan av KLARA var den starka betoningen på rehabilitering och att det gällde en snävare brukargrupp i form av sköra äldre som med rätt stöd både ville och förmådde återgå till sitt hem, och att man ville utveckla en modell för detta. KLARAs lösningar hade kommit att fokusera främst på relationen distriktssköterskan – hemtjänsten menade projektledaren, medan detta projekt fokuserade på rehabs roll i hemmet. Skälet för att utveckla en sådan modell var att övergången från sjukhus till hemmet inte alltid fungerade så bra, vilket var särskilt olyckligt för denna sköra patientgrupp, menade projektledaren. Det var ofta hemtjänstpersonalen som till slut fick reda upp de praktiska problemen när väl brukaren kom hem. Projektledaren medgav att det var en miss att de inte haft med en distriktssköterska i teamet redan från början. Men inriktningen hade varit att lyfta fram rehabperspektivet och man hade haft full sjå med att få ihop teamet som det var. Men det hela är en process, menade projektledaren och vi har inte låst oss i en fast modell inför framtiden. Distriktssköterskorna fick man med bättre nu.

Delvis som en reaktion på detta projekt startades *Rehabteamet*, tillhörig Rehabcentrum och primärvården. De ville se sig som en fortsättning av KLARA, men inte som ett projekt utan som en permanent arbetsform. De tyckte att vårdplaneringsteamets insatser, vad gällde rehabstöd i hemmet, var ju egentligen deras jobb. På uppdrag av sin ledning utvecklade de en arbetsform så att reabteamet tog över de brukare som ingick i KLARA-området direkt efter att Vårdplaneringsteamet gjort sin vårdplaneringen på sjukhuset. Att möta upp i hemmet vid ankomst från sjukhuset var alltså Rehabteamets sak för dessa brukare. För övriga kommundelar mötte Vårdplaneringsteamet upp i hemmet och följde upp de första två veckorna. I Rehabteamet ingick sjukgymnast och arbetsterapeut från Rehabcentrum, distriktssköterska från vårdcentralen och biståndshandläggare från kommunen. Biståndshandläggaren var densamma som den i vårdplaneringsteamet.

De tre ”projekten”, KLARA, Vårdplaneringsteamet och Rehabteamet gick i viss mån i varandra vilket gav viss irritation. Vårdplaneringsteamet gav sig in på deras arbetsuppgifter tyckte Rehabteamet, och en del KLARA-medarbetare tyckte att det rörde till strukturen och att Vårdplaneringsteamet borde ha startats inom KLARA och haft en distriktssköterska med. Som jag uppfattat det ledde det hela ändå fram till en rätt lyckad lösning, i varje fall inom KLARAs geografiska område.

Intressant med denna process är att det var ett i huvudsak kommunalt projekt, dock i samverkan med primärvårdens rehab, som ville utveckla en modell i syfte att få primärvård och sjukhus att ta mer ansvar för rehab i hemmet. Detta var ett ansvar som formellt sett låg på

primärvård och sjukhus men som man inte tog på tillräckligt allvar, enligt kommunens företrädare. Projektet skulle ha kunnat ge problem och revirbevakning t.ex. så att primärvården inte ville veta av den modell projektet arbetat fram. Projektledaren för Vårdplaneringsteamet menade emellertid att det kunde vara en fördel också att ligga lite vid sidan av och i ”provocera” fram förändringar genom att visa på nya alternativ och konkreta arbetssätt och även att tydliggöra behoven hos äldre multisjuka i eget boende.

Rehabteamet svarade upp mot denna utmaning, för vilket de hade stöd av sin ledning. Genom att de tog över ansvaret för brukarens behov av vardagsrehabilitering när denna kom hem, så landade denna verksamhet hos primärvården, dit den hörde. Det ändrade arbetssättet såg den person på Rehabcentrum som jag intervjuat, mycket positivt på (Intervju rehab okt 08) Vårdplaneringsteamet kunde på så vis ses som en kraft som gav personalen i landstingsrehab stöd för att driva fram en förändring. Men det var en balansgång menade projektledaren, man fick inte klampa in i en annan organisation och tala om hur de skulle göra. Man måste vara lyhörd.

5. Reella effekter

5.1 Demensteamet

Genom ”*Bildandet av demensteam*” har man i Borlänge visat att samverkan mellan två huvudmän är möjlig!

Arbetet med att bilda ett demensteam har för projektledningen varit ett processarbete. Man hade inledningsvis ingen färdig plan över hur teamet skulle formars, utan detta gestaltades utifrån de goda och mindre goda erfarenheter man gjorde under projektets gång. En viktig komponent var att teamet och projektledningen var lyhörda för uppkomna problem och förändrade organisationen så att den blev så ändamålsenlig och effektiv som möjligt. Ett exempel på detta visades det prov på då distriktssköterskorna ansåg att deras organisation inte var ändamålsenlig utan ville förändra den. Man tog upp detta med projektledningen vilken senare ledde till en ändrad organisationsstruktur för distriktssköterskorna.

Under projekttiden som aktivitet 1 bedrevs utvecklades ett sammansatt hemtjänstteam med utbildning och med hög grad av samverkan mellan olika professioner. Genom detta kunde man nå ett av de övergripande målen som angavs i ansökan.

I början av januari 2009 startade Borlänge sitt andra demensteam. Vilket förmodligen är ett resultat av det goda arbete som utförts av Demensteam I under projekttiden.

5.2 Rehab och hemsjukvård

I och med att överföringen av rehab och hemsjukvård till kommunen inte blev av och kompetensstegen omorganiserades så försvann i viss mening Kompetensstegen i aktivitet 2. Själva verksamheten *Utveckla samarbetet mellan primärvårdens rehabilitering och hemsjukvård och kommunens vård och omsorg* levde dock vidare men nu i andra former och i andra projekt. Uppbyggnaden av utvärderingen formulerades därför så vi ville fokusera på samverkan, arbetet för detta samarbete, oavsett vad man kallade det projekt som arbetet drevs

inom. I KLARA hade dessutom kommunala tjänstemän en viktig roll vilket kan ses som en del av kommunens åtagande gentemot Kompetensstegen.

Mina intervjuer har lyft fram följande resultat som de viktigaste:

1. Startfasen:

- Utbildning, inbjudna föreläsare, studiebesök, grupparbeten med olika yrkesgrupper m.m.

Detta organiserades främst av projektledaren och landstingets vårdutvecklare och finansierades till stor del av Kompetensstegen. Enligt vårdutvecklaren var dessa insatser viktiga bl.a. för att hålla distriktssköterskorna vid någorlunda gott mod i väntan på beslut om omorganisering.

2. Samverkansfasen, KLARA-projektet:

- Organisering av distriktssköterskorna två och två gjorde dem tillgängliga för hemtjänstpersonalen. Upprättandet av mobiltelefonlistor.
- Mötesarenor där olika aktörer kunde diskutera tillsammans och lära känna varandra.

Hemtjänstpersonalen var positiv till KLARA som givit dem bättre kontaktnät och säkerhet i arbetet då de visste att distriktssköterskan lätt kunde nås. Ett gott tecken var att intagningen på Falu lasarett från KLARAs vårdcentralsområde minskat betydligt, jämfört med kommunen i övrigt. Det talar för att den nära kontakten mellan hemtjänstpersonal och distriktssköterskor gjort att distriktssköterskorna i många fall kunde reda upp situationen direkt. Klaramodellen har nyligen applicerats på de två andra vårdcentralsområdena i kommunen där personalen sågs vara positiv.

3. Närliggande projekt

- Vårdplaneringsteamet och Rehabteamet gjorde att primärvården började uppmärksamma vardagsrehabiliteringens betydelse och att detta var ett område där primärvården hade ansvar, ett område som borde kunna förbättras. De två teamen och de genom KLARA mer lättillgängliga distriktssköterskorna gjorde att det gick att organisera vårdplaneringar i hemmet där hemrehab diskuterades mer ingående..

Knyts detta till målen så innebar *startfasen* att man närmade sig

mål 1: ”Ge medarbetarna en gemensam samlad bild [...]” när det gällde primärvårdens personal och deltagarna i arbetsgrupperna. Däremot verkade man ha svårt att nå kommunens hemtjänstpersonal. De övriga målen kom man inte så långt med under denna fas.

Under *samverkansfasen* kom man genom främst KLARA-projektet långt med

mål 2: [...] samarbetet [...] mellan personalgrupperna så att brukaren kan känna trygghet och kunna bo kvar i eget boende,

mål 4: att ge brukaren en professionell rehabilitering [...] genom en samordnad organisation

mål 5: att genom samverkan optimera nyttjandet av befintliga resurser.

Detta gjordes främst genom KLARA, men också teamen med inriktning på rehab. Betoningen på utbildning var dock inte så stor i samverkansfasen. Mål 3, gjordes det därför inte så mycket åt förutom undersköterskeutbildningen aktivitet 1, som var en stor satsning.

6. Reflektioner och slutsatser

6.1 Demensteamet

Startfasen

Bildande av demensteam bedrevs som projekt under åren 2006-2008. Befintlig rapport beskriver alltså erfarenheter av verksamheten under en utvecklingsfas. Under projektiden utvecklade man ett sammansatt hemtjänstteam som med utbildning och med hög grad av samverkan mellan olika professioner kunde nå fram till ett mål som man angett; att ge vårdtagare med demenssjukdomar en säker omvårdnad, ökad trygghet och ökade förutsättningar att bo kvar i det egna hemmet.

Det förtjänar att framhållas att demensteamets arbete har rönt stor uppskattning och många vittnar om hur positivt teamets arbete har emottagits. Både samarbetspartners och anhöriga har tillkännagivit att teamets arbete med dementa har fått positiv effekt hos brukarna, men också hos de anhöriga och samverkanspartners. Även deltagarna i teamet tycker att man har ett gott samarbete och vill ge beröm till framförallt baspersonalen som utför ett mycket gott arbete. Här är några röster från intervjuerna:

”Har verkligen brukarens bästa i främsta rummet. Det är ett tufft jobb att arbeta med dementa.”

”Det är ju så man måste jobba för att det ska bli någon kvalitet”

” Det som jag tycker är så fantastiskt bra, med deras sätt att jobba, är att anhöriga kan känna sig trygga i det”

”...men det som känns så skönt när man jobbar ihop med dom är att dom vet vad dom håller på med. De har ju en sådan kunskap om demens, sedan är ju varje människa unik och behöver olika saker/.../det är aldrig omöjligt utan det finns en känsla av va' spännande – det här löser vi”

Den konkreta samverkan startade när kommunen, som inom projektet Kompetensstegen, bjöd in landstinget att medverka i uppbyggandet av ett demensteam. Demensteamets uppbyggnad och struktur var helt i linje med de direktiv som man från nationellt håll betonar vikten av att utveckla. Med andra ord ett mer sammansatt lokalt omhändertagande för de demenssjuka och deras anhöriga (Socialdepartementet, Ds 2003:47, s 197)

För att uppnå de mål som angavs i ansökan till Kompetensstegen skulle det i en inledande fas av projektet genomföras gemensamma aktiviteter med inslag av studiebesök, föreläsningar och grupparbeten. Därtill skulle samtliga personalkategorier inom demensteamet genomgå en specifik utbildning om demens innan verksamheten startade. Ett grundläggande syfte med projektet var att deltagarna, genom kunskap om respektive verksamhets (kommun och landsting) uppdrag, organisation, arbetssätt och kultur skulle upptäcka möjligheter till *samordning* för brukarens och personalens bästa.

Det framkommer i intervjuerna att personalen haft olika bilder av vad syftet med utbildningen var. Några ansåg att syftet med utbildningen var att få en gemensam samsyn, en gemensam värdegrund och att jobba åt samma håll. Med den gemensamma utbildningen som bas skulle man sedan få ett bättre samarbete. Medan andra ansåg att syftet med utbildningen var att få faktakunskaper. Utifrån detta fick 'byggandet' av en gemensam samsyn stå tillbaka för faktakunskapen.

Kärnfrågan här är hur kommunen diskuterade och reflekterade över begreppen samarbete, samverkan och samordning som användes i formuleringarna av målen och metoderna i projektet. Då dessa begrepp används på olika sätt skulle det ha varit en fördel om kommunen hade definierat vad dessa begrepp betydde för dem. Marie Fridolf (2001, s 21) har utvecklat ett system av termer som avser dessa begrepp.

Samexistens	– parallellt utan att komma nära andra verksamheter
Samverkan	– att verka samman parallellt
Samordning	– att ordna samman personal, politik eller resurser (viss överlappning)
Samarbete	– att arbeta tillsammans vilket innebär att värderingar och normer ändras (överlappningen har ökat)
Samsyn	– inne i varandras sfärer

Med utgångspunkt från Marie Fridolfs terminologi av ovanstående begrepp och överför dessa definitionerna till de mål och metoder där begreppen använts, kan det se ut på följande vis:

Mål

- genom (*samarbete*) att arbeta tillsammans vilket innebär att värderingar och normer ändras (överlappningen har ökat) ge brukaren den bästa omvårdnaden
- genom (*samverkan*) att verka samman parallellt optimera nyttjandet av befintliga resurser

Metod

Gemensamma aktiviteter med inslag av studiebesök, föreläsningar, grupparbeten som förankringsarbete i en initial fas. Genom kunskap om de båda huvudmännens uppdrag, organisation, arbetssätt och kultur se möjligheter till (*samordning*) att ordna samman personal, politik eller resurser (viss överlappning) för brukarens och personalens bästa.

Ytterligare ett begrepp framhölls av personalen då syftet med utbildningarna diskuterades. Där ansåg några att syftet med utbildningarna var att få en gemensam *samsyn*. Detta skulle innebära, utifrån Marie Fridolfs termer, att syftet med utbildningarna var att man skulle vara ”inne i varandras sfärer”.

Det som är tänkvärt här är att med begreppen som utgångspunkt hamnar man i olika perspektiv, nivåer och skikt. Begreppen ger alltså utrymme för olika tolkningar som i sin tur kan ge upphov till både missförstånd och kommunikationsproblem. Samverkan behöver alltså tänkas igenom i sina praktiska konsekvenser så att det inte bara blir slagord eller tomma ord. Danermark (2003) framhåller att samverkan är ett komplext samspel som rymmer många olika perspektiv och att man allt för sällan diskuterar förutsättningarna för samverkan innan man startar ett samverkansprojekt.

Samverkansfasen

Under samverkansfasen, då demensteamet började operationalisera sin verksamhet, blev vissa brister och problem mer synliga. Bland annat blev en konflikt mellan landstingets distriktssjuksköterskor och kommunens baspersonal märkbar. En konflikt som i viss mening hängde samman med missförstånd och kommunikationsproblem.

Enligt Thier (2000) är missuppfattningskonflikter vanliga på grund av brister i kommunikationen och inte minst på grund av sociala aspekter. Att människor i sitt arbete besitter olika kompetenser vilket kan ge motstridiga uppfattningar om olika företeelse, är inte

ovanligt. Konflikter är för de flesta en negativ företeelse, vilket det inte behöver vara. En konflikt kan vara positivt och ibland en förutsättning för att slutresultatet ska leda till förändring och förbättring.

Konflikten inom demensteamet löstes genom att distriktssjuksköterskorna förändrade sin organisation i teamet, vilket ledde till stora förbättringar och samtliga parter i teamet är mycket nöjda med den nya distriktssköterskeorganisationen.

Under processen då demensteamet byggdes upp var det problem att tillsätta enhetschefen för baspersonalen. Man löste det genom att verksamhetschefen och demenssjuksköterskan delade på ledarskapet under en period. För att därefter under en period tillsätta en samordnare (som togs från gruppen). Knappt ett år efter att demensteamet satte igång tillsattes den enhetschef som var tilltänkt att komma vid start. Under tiden man väntade på enhetschefen löste man alltså ledarskapsfrågan för demensteamet på olika sätt.

Forkby (2007) framhåller att ledarskapet ofta är lite flytande när man styr samverkan. Men understryker att ledningens ansvar för samverkanssatsningen. I en samverkan bör ledningen fungera som ”reflekterande praktiker” som kontinuerligt gör en analys av samverkanssituationen. Även Axelsson & Bihari Axelsson (2007) talar om ledarskapets betydelse för att utveckla multidisciplinära team på framgångsrika sätt. Man betonar att ledarskapet kan behöva se olika ut i de olika faserna av projektet. Vilket man kan säga att ledarskapet gjord under demensteamets start- och samverkansfas. Men det ledarskapet hade mer en operationell betydelse och gäller enbart baspersonalen än ett medvetet och uttalat sätt att leda och styra samverkan. Hur samverkan mellan demensteamets chefer inom respektive verksamhet (kommun och landsting) sker framkommer inte.

6.2 Rehab och hemsjukvård

Kompetensstegen aktivitet 2, att *utveckla samarbetet mellan primärvårdens rehabilitering och hemsjukvård och kommunens vård och omsorg* syftade till samarbete mellan kommun och landsting. Men själva verksamheten att åstadkomma detta samarbete förutsatte i sin tur en samverkan mellan företrädare för kommunens och landstingets verksamhet. I startfasen var därför kommunens verksamhetschef och landstingets vårdutvecklare centrala personer för att åstadkomma detta, där projektledaren hade en mer organiserande funktion. Hon var bra på att föra samman landsting och kommun, menade vårdutvecklaren. I samverkansfasen, i och med KLARA och dess organisation, utökades gruppen av personer som skulle verka för samarbete mellan de olika aktörerna.

Startfasen

De tre ”huvudpersonerna” projektledaren, verksamhetschefen och vårdutvecklaren hade olika föreställningar om vad som skulle göras inom aktivitet 2. *Projektledaren* verkade vara helt inställd på att det handlade om utbildning och informerade om många tänkbara föreläsningar m.m. Hon såg verksamhetschefen och vårdutvecklaren som ansvariga för att information fördes ut i respektive organisation. *Vårdutvecklaren* såg Kompetensstegen utifrån sitt projekt ”Sammanhållen hemvård” där hennes huvuduppdrag var att skapa en organisation inför övergången av rehab och hemvård till kommunen. En uppgift i detta var att motivera landstingets personal, främst distriktssköterskorna, att flytta över till kommunen. [Vilken formell koppling vårdutvecklaren hade till Kompetensstegen har jag tyvärr inte tagit reda på].

Verksamhetschefen slutligen verkade vara rätt oklar över vad som förväntades av henne. Hon hade egentligen inte tid för denna aktivitet och tänkte sig att det var projektledaren för kompetensstegen som hade ansvaret för att driva projektet. Hon var därför inte särskilt drivande i denna aktivitet och fas.

För kommunsidan var det rimligtvis också mer oklart vad en övergång av rehab och hemsjukvård till kommunen krävde av förberedelser från deras sida. Vilken slags kunskapsutveckling skulle ske på kommunens sida? Handlade det enbart om att motivera kommunens personal och lära känna primärvårdens, eller handlade det om att diskutera hur den framtida organisationen skulle se ut och problem som kunde uppstå. Eller handlade det om vad som krävs av kommunen för att distriktssköterskorna ska känna sig välkomna och få goda förutsättningar för sitt arbete.

De tre ”huvudpersonerna” i aktivitet 2 verkade alltså ha rätt olika bilder och förväntningar på dels vad som skulle göras och dels hur det skulle göras. Detta gav en spänning mellan kommunens och landstingets företrädare. Vårdutvecklaren var t.ex. besviken på att anslutningen från kommunen var så dålig när de hade stormöten kring organisationsförändringen, liksom att hon fick avslag på en förfrågan om att ett par av deras undersköterskor skulle få delta i en utbildning finansierad av Kompetensstegen. Vårdutvecklaren såg detta som en väg för personalen att lära känna varandra. Kommunen däremot motiverade sitt avslag med platsbrist och var i detta läge mer inriktad på den egna undersköterskeutbildningen, som även den ingick i Kompetensstegen.

Verksamhetschefen och vårdutvecklaren hade dessutom olika förutsättningar för sitt arbete där vårdutvecklaren hade 50% tjänst medan verksamhetschefen fick klämma in detta arbete när det gick. Detta gav en obalans mellan dem. Vårdutvecklaren var den drivande och verksamhetschefen var i underläge, hann inte med. För att råda bot på denna obalans ville vårdutvecklaren ha en samtalspartner på vårdsidan som kunde ägna tid åt detta. Men ingen hade tid. I stället pratade vårdutvecklaren en hel del med projektledaren. Denna behövde i sin tur en länk till vårdsidan. Den verklighet som då blev tydlig för projektledaren var rimligtvis primärvårdssidan och distriktssköterskornas behov. Kompetensstegens pengar för aktivitet 2 gick därför till stor del till program som främst distriktssköterskorna tog del av. Vårdutvecklaren lade dock ner mycket arbete i Kompetensstegens namn för att tillsammans med projektledaren och med Kompetensstegens pengar utveckla olika aktiviteter.

Man kan också vända på perspektivet: Primärvården och vårdutvecklaren upplevde troligen kommunen som passiv och avvisande. Men det var ju kommunen som ville att rehab och hemsjukvården skulle flytta över till dem. Trots detta var det landstingssidan som satsade på en 50% tjänst, medan kommunen inte ansåg sig att ha råd med detta.

Att kommunen inte ville satsa mer tid på aktivitet 2 kan till en del förklaras av att man på kommunsidan inte såg vad som kunde/borde göras för att förbereda sig. Ändå var det detta som ansökan till Kompetensstegen byggde på, förberedelse för samverkan när olika kulturer möts. Mer kommunikation med vårdutvecklaren hade kanske kunnat synliggöra detta.

Samverkansfasen

I och med årsskiftet 2006/2007 förändrades mycket. Den gemensamma nämnden läggs ner, det har blivit klart att det inte blir någon överföring av rehab och hemsjukvård till kommunen, Kompetensstegen organiseras om och projektet Sammanhållen hemvård avlöses av KLARA.

Kompetensstegens aktivitet 2 övergår därmed i KLARA, ett projekt av helt annan art. Det är konkret, man ska utveckla en modell för samverkan. Det fanns en tydlig struktur. Problemidentifiering, temaområden med arbetsgrupper där de ansvariga bildade en styrgrupp. Tydlig målsättning: undanröja identifierade problem så att det blev bra för brukaren, för KLARA.

Kompetensstegen hade en likartad struktur, men där fanns ingen drivande person i arbetsgrupperna för aktivitet 1 resp. 2. För aktivitet 2 var målsättningen abstrakt bortsett från att ett antal utbildningsinsatser skulle göras.

Skillnaden formulerades av verksamhetschefen för hemtjänsten. När de jobbade i den första fasen så tog det tid togs från hennes ordinarie arbete. Arbetet med KLARA däremot var kvalitetsarbete som ändå skulle göras. I KLARA-projektet var det något man ville åstadkomma och samverkan krävdes för att uppnå detta. Det gav en riktning och en drivkraft.

I kompetensstegen startfas fanns egentligen ingen samverkan, inget konkret som skulle göras och därför inget att samverka kring. I KLARA däremot handlade det om något konkret; ordna mötesarenor, sätta upp telefonlistor, konstruera blanketter för vårdplaneringsresultat m.m.

Trots denna till synes tydliga struktur och att det skulle vara ett gemensamt projekt så fanns i projektbeskrivningen för KLARA knappast något nämnt om kommunen. Och som ”avsändaren” på framsidan står bara ”Mellersta närsjukvårdsområdet”. Liksom för ”Sammanhållen hemvård” verkar det inte finnas något skrivet uppdrag för projektet eller någon överenskommelse mellan kommun och landsting om vad de olika organisationerna ska bidra med. Den formella relationen mellan de två projekten KLARA och Kompetensstegen var således rätt oklar.

Mot slutet av KLARA-perioden dök de två projekten med rehabinriktning upp. De skapade viss frustration, men efter en del jämkningar så fick man ihop en samverkan mellan dem, där rehabteamet blev länken mellan dem. Vårdplaneringsteamet arbetade ut mot det som var primärvårdens område och tycks ha fungerat som en form av provokation eller idéspruta som fick primärvårdens rehabcentrum att ta större ansvar för hemrehab.

De tre projekten visar på en intressant process och en aspekt där samverkan provoceras fram. Projekten var i viss mån konkurrerande i den meningen att de gick in i varandras områden och var och en ville driva sin linje. För KLARA handlade det om att man ville ha allt under ett paraply för att få till samverkan och en rationell organisation. Men målsättningen ”brukaren KLARAs väl” kanske inte räcker för att få alla parter att avstå från fördelaktiga eller invanda positioner. Ett krav eller hot utifrån kan ibland behövas för att driva fram en förändring. För primärvårdens rehabverksamhet kan det kommunledda vårdplaneringsteamet ha varit ett sådant hot, då teamet gjorde det som egentligen var primärvårdens ansvar. På motsvarande sätt ville distriktssköterskorna, inför hotet att tvingas över till kommunen, visa att det gick att ordna ett gott samarbete mellan dem och hemtjänstpersonalen även om de tillhörde olika organisationer.

Slutsatser

1. Jämförelse mellan fas 1 och 2 visar att samverkan underlättas av en konkret uppgift att samverka kring.

2. Organisationen i startfasen haltade dels för att projektledaren inte hade erfarenhet av den praktiska verksamheten dels för att de två verksamhetscheferna i Kompetensstegen inte givits tid för detta arbete.
3. En spänning uppstod mellan företrädaren för landstingssidan och kommunsidan, bl.a. beroende på olika föreställningar om vad som skulle göras och olika förutsättningar, främst i form av avsatt tid.
4. Anmärkningsvärt är att trots att det handlade om stora förändringar och åtaganden, så fanns inget tydligt skrivet uppdrag för Sammanhållen hemvård och senare KLARA. Inte heller fanns någon skriven överenskommelse mellan de två organisationerna.
5. Flera olika projekt var inblandade: Kompetensstegen, Sammanhållen hemvård, KLARA, Vårdplaneringsteamet, Rehabteamet. Detta gav olika målsättningar för de olika projektföreträdarna, med risk för kommunikationsproblem, missförstånd och revirkonflikter.
6. En strävan var, från KLARAs sida, att hålla samman de olika projekten genom att ha dem under samma tak. Samtidigt kan olika, mer fristående projekt, ge en stimulans till utveckling och tvinga fram samverkan i tröga organisationer.

7. Avslutande diskussion

I ansökan till Kompetensstegen låg fokus på samverkan, i första hand mellan personalgrupper i kommun respektive landsting. Detta har även utgjort vårt fokus för utvärderingen. Resultatet av insatser med stöd av kompetensstegen blev lyckade för båda aktiviteterna. Man lyckades väl med att bilda demensteamet efter en trevande startfas där samverkan sattes på prov. Även samarbetet mellan primärvårdens rehabilitering och hemsjukvård och kommunens vård och omsorg utvecklades genom främst KLARA-projektet, ett projekt där dock kompetensstegen medel knappast kom till användning, men väl arbetsinsatser från kommunens tjänstemän. Kompetensstegen har alltså lyckats rätt bra med sina olika aktiviteter tack vare samverkan mellan kommun och landsting.

Genom att följa processen kring Kompetensstegen har vi reflekterat kring temat samverkan och dess olika problem och förutsättningar. Något av detta redovisas nedan.

7.1 Förutsättningar för samverkan

1. *Samverkan förutsätter något att samverka kring*, något konkret. Men också omvänt, konkreta åtgärder där många yrkesgrupper medverkar kräver i allmänhet samverkan. Såväl KLARA och demensteamet krävde samverkan för att kunna genomföras. De hade något gemensamt som de vill åstadkomma. Kompetensstegen aktivitet 2, startfasen var däremot inte konkret utom för studieorganisatörerna som ordnade föreläsningar m.m. Någon samverkan förekom då knappast heller. Det var svårt att konkretisera vad ett ökat samarbete mellan olika personalgrupper skulle gå ut på och hur det skulle åstadkommas. Där hade KLARA ett bättre grepp. Genom att utgå från konkreta problem och hur de kunde hanteras, så fick man direkt till en konkret verksamhet att samverka kring.

2. Samverkan kräver en struktur och en övergripande målsättning. Om en sådan tydliggörs, så att alla vet vad de ska göra, så framträder också de olika parter man förväntas samarbeta med. Den övergripande målsättningen kan då bli ett stöd för att komma vidare, inte fastna i egna revir som man vill bevaka. I KLARA fanns en struktur vad gällde det praktiska arbetet med teman och arbetsgrupper, medan strukturen för Kompetensstegen aktivitet 2 var mer otydlig. Verksamhetschefens, vårdutvecklarens och projektledarens uppdrag var inte självklara och de strävade förmodligen åt något olika håll.

En allvarlig oklarhet i strukturen fanns dock på högre nivå, mellan Kompetensstegen och KLARA. Vårdutvecklaren, som hade en viktig roll i Kompetensstegen genom sin förankring på landstingssidan, verkar inte ha ingått i projektet Kompetensstegen, hon satt inte med i styrgruppen och verkade inte ha något uppdrag genom Kompetensstegen. Hennes uppdrag fanns i stället i Sammanhållen hemvård, där fokus troligtvis var något annat än Kompetensstegens. När det sedan blev klart att rehab och hemvård inte skulle flytta över till kommunen så uppfattade kommunen KLARA-projektet som en utveckling av Kompetensstegen, medan vårdutvecklaren såg KLARA som en omvandling av projektet Sammanhållen hemvård som kommunen inte hade något med att göra.

3. För att *samverkan* ska vara kvalitativ och utvecklande krävs ett förhållningssätt som kännetecknar en lärande organisation. Detta för att bland annat hantera de hinder som kan uppstå för samverkan. En lärande organisation karaktäriseras av en öppenhet att pröva nytt, stimulera till nya lösningar och främja personalens egen utveckling. Det är en organisation som använder personalens kunskap och erfarenhet på ett strukturerat och strategiskt sätt.

7.2 Hinder för samverkan

Danermark och Kullberg (1999) betonar inledningsvis i sin bok *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*, att samverkan genererar en rad problem som måste bearbetas.

De uppstår ofta som en följd av grundläggande skillnader inom regelverk, kunskaps- och förklaringsmodeller samt organisation hos de medverkande. För att samverkan ska fungera fordras att dessa skillnader identifieras och att kunskap om hur de problem dessa skillnader genereras ska hanteras.

Det handlar om att lära sig leva med dessa skillnader, säger författarna.

Klara-projektet gav exempel på skillnader i regelsystem som de tvingades ”leva med”. T.ex. de olika lag- och regelsystemen och de problem kring gemensamt dokumentationssystem som det gav. Samtidigt gav KLARA och de två rehabprojekten exempel på hur man genom olika organisatoriska grepp försökte hitta sätt utveckla modeller så att de olika organisationerna bättre kunde leva upp till sina ansvarsområden, t.ex. distriktssköterskornas omorganisation och samverkan mellan de två rehabprojekten och KLARA.

Olika professioner

Ett problem som ofta lyfts fram när det gäller samverkan är samverkan mellan professioner där ”revirstrider” kan uppstå.

För att ett yrke skall ses som en profession måste det sanktioneras av omvärlden, främst staten, i form av utbildning och legitimation som ger ett kunskaps- och yrkesmonopol. Bara de som har genomgått denna utbildning kan uttala sig som expert i motsvarande kunskapsfrågor och bara de som har legitimation får utöva yrket i fråga. Men

professionsstrukturen är inget statiskt. Nya yrkesgrupper växer fram t.ex. biståndshandläggare och arbetsterapeuter som i sin tur försöker utveckla en status som profession. Det sker därför en kamp mellan olika yrkesgrupper för erkännande, för egen yrkesutbildning och forskning, allt med en strävan mot yrkesmonopol. (Trydegård, 1990; Johansson, 2001; Danermark & Kullberg, 1999). I denna kamp finns olika strategier som revirbevakning och stängningsstrategier. Den senare syftar på situationer där alla strävar uppåt och där underordnade grupper ”stängs ute” från privilegier. Samtidigt finns också en ”Svarte Petter strategi”; vissa arbetsuppgifter vill ingen göra, de är ”dirty work”. Den sociala omvårdnaden är en sådan ”Svarte Petter”. Att laga mat och duscha anses inte som ”lika fint” som att ägna sig åt sjukvårdsuppgifter som kräver mer utbildning och som innebär en reglerad form av ansvar, t.ex. delegering från sjuksköterska.

I startfasen för aktivitet 2, ”Rehab och hemsjukvård” var problem knutna till professionstillhörighet inte särskilt framträdande. Möjligen skulle de kunna finnas i relationen mellan projektledaren och de övriga, där projektledaren hade att försvara sin kompetens och status.

I samverkansfasen framkom dock exempel på stängningsstrategier. I diskussionen kring vårdplaneringsteamet påtalade en arbetsterapeut att teamet ju egentligen gjorde deras jobb. Teamen upplevdes alltså som några som gick in på deras område, en känsla av utestängning alltså. Personer från Rehabcentrum beklagade också att de hamnade utanför KLARA-mötenas diskussioner genom att de geografiskt satt på annat håll, det blev aldrig några möten eftersom de andra träffades ändå, eller de blev inte kallade till dessa möten. En informant i vårdplaneringsteamet påpekade hur andra yrkesgrupper ofta hade dålig kunskap om vad en arbetsterapeut gjorde och hur mycket de kunde underlätta för brukaren i hemmet. De kom inte till sin rätt menade denna informant.

Intressant här är att trots att man ofta hör talas om personalens pressade situation, så är det upplevelsen av att inte få vara med, inte räknas in som viktig, som blir synlig. De som redan har en starkare position och därigenom lätt stänger ute andra de är ofta inte ens medvetna om att de gör det.

Anknytning till professionsteorin i den ”revirbevakande” formen kan man hitta i en distriktssköterskas kommentar kring utbildning av hemtjänstpersonalen där hon var irriterad över att några i personalen inte kunde komma vid undervisningstillfället utan ville att det skulle upprepas. Hon tyckte att hon hade tillräckligt att göra ändå och ville inte upprepa allt för bara ett fåtal personer. Här är det hon som med sitt professionsmonopol har makten och är den som har möjlighet och rätt att meddela denna kunskap. Irritationen hos några distriktssköterskor över att ingen distriktssköterska ingick i vårdplaneringsteamet kan också ses som uttryck för revirbevakning.

Med Danermark och Kullberg är det viktigt att vara medveten om dessa skillnader, kunna hantera dem och leva med dem. Det verkar som att man lyckades rätt bra med detta i KLARA. Vårdpersonalen uppskattade närheten till distriktssköterskorna och dessa var i huvudsak nöjda med omorganisationen och tyckte det var roligt.

Rangordningen

Men rangordningen mellan de olika yrkesgrupperna finns där. Och trots alla lovord om vård- och omsorgspersonalens betydelse och stora insatser så är det dom som har ”Svarte Petter-jobbet”. De som har högre utbildning vill inte jobba ”bara” som vårdpersonal. Kanske kan

man här se en förklaring till att hemtjänstpersonalen inte ställde upp i särskilt hög grad vid olika möten. Den allra viktigaste gruppen för "Brukarens välbefinnande" var svår att få med i samverkansmöten.

Verksamhetschefen förklarade detta med att vårdpersonalen måste täcka hela dygnet. Av schematekniska skäl var det svårt att få loss många för ett möte. Men den andra sidan finns nog också. Vårdpersonalen kan uppleva sin "Svarte Petter-position" i vården och vill inte satsa på karriären. För många är familjen och fritiden det centrala, jobbet kommer i andra hand. Att då lägga tid på möten som inte är en del i den egna yrkesutvecklingen kan därför få låg prioritet.

Egenintresset

Hinder för samverkan finns inte bara på grund av skillnader i professioner, regler, kulturer m.m. De kan också finnas som egenintressen. T.ex. av hänsyn till fördelaktig position eller vana så vill man inte ha någon ändring. En sådan attityd kan ta form som en tröghet i organisationen. Det fanns det också exempel på, t.ex. oviljan att lämna ifrån sig telefonnummer. Intressant är att om en part i samverkan ska överge en bekväm vana, tänka nytt så kan ett hot utifrån behövas för att en vana ska börja i frågasättas. En provokation som vårdplaneringsteamet, ett parallellt projekt, kan då vara en knuff för att komma i gång. Det visar att det inte alltid är en fördel att samla allt under ett tak. Det kan bli en trög byråkratisk koloss där dess "innevånare" inte vill ha någon förändring. (Se produktionens resp. utvecklingens logik nedan)

Identiteten

Samverkan har också en existentiell sida knuten till identiteten. Att bli erkänd för sin kompetens, sin pålitlighet, sin erfarenhet är viktigt för den egna identiteten. "Jag är en person som kan det och det, som är att lita på". Att personer känner sin identitet hotad i en samverkansprocess är troligtvis inte ovanligt. Genom den övergripande målsättningen "KLARAs bästa", så ger detta de medverkande ett övergripande, högre värde. Som professionell i vården så borde detta värde ta över önskan att övertyga andra om att det är mitt kunskapsområde är det viktigaste.

Många av dessa hinder har man försökt hantera i KLARA med hjälp av tankar om lärande organisation och ledarskap (Hjalmarsson A. Examensarbete VT 2009).

7.3 Några framåtblickande tankar

1. Vår studie visade på gott resultat vad gäller såväl demensteamet och samverkan mellan kommun och landsting kring hemvården. Dessutom visar studien att fler team var på gång just för att klara denna samverkan mellan kommun och landsting kring äldres behov: Demensteamet, KLARA, Vårdplaneringsteamet och Rehabteamet. En informant i vår studie såg detta som en tendens i tiden och som den nya arbetsformen för att skapa samarbete mellan professioner och organisationer.

2. För att ett team med deltagare från olika enheter ska fungera bra krävs emellertid att teamdeltagarna har mandat från sina respektive ledningar. Dessa ledningar måste i sin tur samverka för att ge goda förutsättningar för teamet. En ledningsstruktur ovanför teamet behövs alltså. För demensteamet t.ex. verkade det inte finnas någon sådan övergripande ledningsstruktur. Baspersonalen hade en chef, men vem var hennes chef, och vem var

sjuksköterskornas chef? Hur samverkade dessa chefer för att få ett gott resultat?

3. En vision för att skapa en mer omfattande samverkan mellan olika organisationer och professioner skulle kunna vara att ha ett flertal team som startas eller läggs ner allt efter behov. Men varje team behöver en samverkande ledning som ger dem mandat från respektive organisation. Och dessa samverkande ledningar måste i sin tur samverka för att den sammanlagda effekten kan ge resultat, så att inte teamen drar åt olika håll.

Demensteamet, Kompetensstegen aktivitet 2 och KLARA illustrerar problematiken. Var och en av dem var, om inte team, så ändå projekt med deltagare från olika organisationer. Det borde alltså ha funnits samverkande ledningar för var och en av dessa, och dessa ledningar skulle också samverka. Här brast det en del i samverkan inom och mellan dessa ledningar. Visserligen fanns det för varje projekt en ledningsgrupp med representanter från vardera kommun och landsting. Men hur lyckades de samverka? Den gemensamma nämnden utgick troligtvis från en sådan idé att skapa en ledningsstruktur som höll ihop olika samverkansprojekt inom kommun och landsting. Men när den gemensamma nämnden lades ner så ersattes den inte med något annat. Någon övergripande ledningsstruktur för samverkan mellan kommun och landsting fanns inte. Kanske Gagnefs modell med SAGA kan vara en variant, en samverkansberedning men utan beslutsrätt.

4. En sådan samling team, under en samverkande ledningsstruktur, skulle kunna fungera som en lärande organisation. Ledningsstruktur och lärande organisation krävs dessutom för att kunna hårbärgera de problem som uppstår när nya team startar och andra läggs ner i en föränderlig värld. För att fungera som en lärande organisation förutsätts dock att medarbetare och ledning kan balansera mellan en ”produktionens logik och utvecklingens logik”. (Ellström m.fl).

I produktionens logik handlar det om att *lösa problemen* genom att följa givna regler/rutiner. Stabilitet och säkerhet premieras och lärandet är inriktat på att bemästra procedurer och rutiner. I utvecklingens logik betonas tanke och reflektion, alternativtänkande, experiment och risktagande, tolerans för olikhet. Osäkerhet och felhandlingar accepteras. Lärandet är utvecklingsinriktat. Fokus ligger på att *formulera problemen*. Idealet är dock, menar Ellström m.fl., en pendling mellan att lösa problemen inom givna regler, och att arbeta för förändring genom reflektion och omformulering av problemen.

Kanske är det utvecklingen logik vi sett exempel på där man tänker nytt och prövar, men också bristen på en övergripande ledningsstruktur mellan kommun och landsting där aktiviteter på den ena sidan skapar irritation på den andra.

8. Litteratur

- Axelsson, Runo & Bihari Axelsson, Susanna (2007) *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Studentlitteratur, Lund
- Danermark, Bert & Kullberg Christian (1999) *Samverkan. Valfärdsstatens nya arbetsform*. Studentlitteratur, Lund
- Danermark Berth (2003) *Samverkan – himmel eller helvete?* Stockholm: Förlagshuset Gothia AB
- Ellström Eva, Ekholm Bodil, Ellström Per-Erik (2003) *Verksamhetskultur och lärande. Om äldreomsorgen som lärandemiljö*. Studentlitteratur
- Ellström, Per-Erik (1996) *Arbete och lärande – förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Arbetslivsinstitutet
- Forkby, Torbjörn (2007) *Socialt arbete i polisens värld – samverkans villkor och organisering. Den tredje delrapporten av Ung och Trygg i Göteborg. FoU-rapport 3:2007*. Göteborg:FoU i Väst/GR
- Fridolf, Marie (2001) *Ett fördjupat samarbete. En skrift om förhållningssätt, system, relationer och professionalitet i utvecklingen av välfärden*. Ideelle AB, Göteborg
- Hjalmarsson Agneta (2009) *KLARA-ett projekt med avsikt*. Examensarbete. Pedagogik IV, avancerad nivå. Högskolan Falun-Borlänge.
- Johansson Stina (2001) *Den sociala omsorgens akademisering*. Liber förlag, Stockholm
- Nutek (2008) *Nytta med följeforskning: en vägledning för utvärdering av strukturfonderna 2007-2013*. Serie: NUTEK. R, 1102 –2574; 2008:16, Stockholm.
- Socialdepartementet (Ds 2003:47) *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*. Stockholm
- Their, Siv (2000) *Att leda lärande och förändring*. Helsingfors: PRO FUTURA Ab Oy
- Trydegård, Gunn-Britt (1990) *Medaljens baksida – om professionalisering och samarbete inom hemtjänst och hemsjukvård*. Forskargruppen för socialt arbete. Skrift nr 4 1990, Högskolan i Örebro
- Wolf, Sara (2006) *Gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. En utvärdering av tre försök*. Arbetsrapport från Dalarnas Forskningsråd. Tryckcenter Falun