

Leading Health Care

LHC REPORT NR 3, 2017
Rapport från följeforskningsprojekt
kring utvecklingen av närvården
i västra Sörmland.

Mats Tyrstrup,
Ida Larsson

Närvård i västra Sörmland

EN BERÄTTELSE OM ROLLER, RELATIONER
OCH AVSTÅND



Närvård i västra Sörmland

EN BERÄTTELSE OM ROLLER, RELATIONER OCH AVSTÅND

Mats Tyrstrup, Ida Larsson

Leading Health Care

Förord

Några steg framåt, något steg tillbaka och ett kliv på tvären

Utvecklingen mot nya former av hälsa, vård och omsorg tar nu fart på riktigt. De stora innovationerna som nu sprids kommer dock ofta inte inifrån ”systemet”, utan det är nya aktörer som utmanar etablerade arbetssätt. Samtidigt blir vårdplatssituationen bara värre och värre, som media flera gånger har uppmärksammat, och på flera håll är det svårt att finna personal.

Ett landsting som har brottats med dessa frågor är Sörmland. Men i Sörmland pågår också sedan länge ett utvecklingsarbete för att finna framtidens Närvård. Under två år har Stiftelsen Leading Health Care haft förmånen att följa processen i den västra länsdelen. Denna rapport summerar den följeforskning vi gjort av närvårdsprocessen.

Det är inte enkelt att lära gamla hundar att sitta, lyder ordspråket. Och utvecklingen av närvårdskoncept utmanar invanda strukturer, rutiner och beteenden. I denna rapport ges en bild av vad det är som sker, var det sker och vilka aktörer som måste samverka. Hur ser de verksamhetsnära processerna ut på riktigt och vilka hinder står i vägen för utvecklingen av nya arbetssätt?

Vi vill tacka hälso- och sjukvårdsdirektör Jörgen Striem och projektledaren Marie Håkansson alldeles särskilt för medverkan och stort engagemang. Båda har generöst delat med sig av erfarenheter, vedermodor och framgångar.

Det gäller även hela styrgruppen i Sörmland samt inte minst personalen i de olika försöksverksamheterna. För detta tackar vi ödmjukt – utan er fanns ingen empirisk forskning!

Arbetet har till stor del utförts av forskaren Mats Tyrstrup, docent vid Handelshögskolan i Stockholm, med stor hjälp av Ida Larsson, doktorand vid Uppsala universitet. Undertecknad har varit involverad främst i styrgrupp och landstingets policyarbete med frågorna. Jon Rognes, ekonomie doktor vid HHS och LHC har också deltagit i projektet. I analys och rapporteringsarbete har Anna Krohwinkel, ekonomie doktor och forskningschef vid LHC bidragit.

LHC arbetar vidare med framtidens integrerade vård och omsorg som kommer allt närmare patienters och brukares vardag. Personcentrering i alla former vinner insteg i vårt system, till gagn för medborgare, patienter, brukare, anhöriga och inte minst all fantastisk personal.

Stockholm i maj 2017

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

1. Inledning	8
1.1 Tre berättelser om den svenska vården	9
2. Projektet Närvård i västra Sörmland	12
2.1 Studiens metod och genomförande	17
2.2 Några illustrerande exempel	18
3. Teoriram med empiriska illustrationer	24
3.1 Samma fenomen – olika tolkning	24
3.2 Organisatoriska mellanrum	38
4. Närvårdsutveckling – ett dagboksperspektiv	52
4.1 Uppstarten på en resa mot framtiden	53
4.2 Några reflektioner ur dagboksperspektivet	75
5. Slutsatser: roll- och relationskulturer och en fjärde berättelse ...82	
5.1 Utveckling av närvård som strategi för att strukturera om vårdssystem	83
5.2 Ett närvarande och förutsägbart ledarskap	84
5.3 Språk, bilder, mellanrum och etiketter	90
5.4 Från roll- till relationskultur	92



Inledning

Den svenska vården står inför stora utmaningar. Härom är de flesta överens. Hanteringen av dessa kräver såväl nya utgångspunkter som annorlunda tankesätt. Så långt är de flesta också överens. Därefter är det lite si och så med enigheten. Förslagen på hur utmaningarna ska hanteras är följaktligen många och tämligen varierande. På en del håll, västra Sörmland är ett exempel, pågår försök att utveckla nya sätt att bedriva vård. I just västra Sörmland är ledstjärnan ”närvård”¹ som strategi för att, i samverkan med kommunerna, förbättra vård och omsorg för vissa patienter och deras anhöriga. Projektet beskrivs i sammanfattad form nedan. Den här rapporten summerar empiriska iakttagelser och teoretiska analyser från det följeforskningsprojekt som utförs i anslutning till arbetet med att utveckla närvården i västra Sörmland.

En huvudsaklig avsikt med följeforskningen har varit att utveckla begreppet ”organisatoriska mellanrum”² (Tyrstrup, 2007; 2014; se också nedan) som verktyg för att identifiera förbättrings- och förändringspotential. Detta har också gjorts.

1 Närvård definieras tentativt som vård utförd så nära en patients vardagsliv som möjligt.

2 Begreppet syftar på de ofullkomligheter som uppstår i ansvars- och arbetsfördelning, liksom i möjligheterna att samverka, när principerna för organiserandet betonar uppdelning samt skapande av enheter och gränser.

Men tillämpandet av systemteoretiska idéer har adderat nya frågor och medfört fler fokus i forskningsarbetet. Att utveckla verksamhet av närvårdskaraktär har kompletterats med två andra perspektiv:

- Ledning och organisering av den aktuella typen av förändringsarbete, och då särskilt friktionerna mellan linje- och projektorganisationerna.
- Närvårdens roll i ett övergripande sjukvårds- och omsorgssystem, och då särskilt den potential som finns i att använda närvård som strategi och motor i utvecklingen av det mer övergripande systemet.

Det senare forskningsfokuset kan uttryckas som en fråga: Är närvård nyckeln med vilken den svenska vården kan struktureras om och bli robust inför dess olika framtida utmaningar? Utifrån den utgångspunkten kan det vara rimligt att inledningsvis placera in projektet Närvård i västra Sörmland, och den följeforskning som delrapporteras här, i ett större sammanhang.

1.1 Tre berättelser om den svenska vården

Enkelt uttryckt är kraven på den svenska hälso- och sjukvården att leverera god och säker vård till en försvarbar kostnad. Som antydde ovan anser många att vården inte lever upp till kraven och man befarar att det dessutom kan bli värre med den saken i framtiden.

Situationen är inte ny. Debatten har pågått under flera decennier. Möjligen kan man hävda att intensiteten och polariseringen tilltagit och att larmrapporterna duggar tätare idag än tidigare. För dem som arbetar i vården handlar bristen på motivation numera om dålig arbetsmiljö och försämrade möjligheter att utföra ett professionellt arbete, snarare än lönerna, som tidigare dominerade problembeskrivningen.

Därmed inte sagt att löner är avförda från dagordningen, vilket nyut-examinerade sjuksköterskor med all önskvärd tydlighet visade inför sommarvikariatet för några år sedan (SvD, 2013).

Mot bakgrund av att vården i vissa avseenden är en mycket heterogen sektor kan det vara besvärligt att komma åt de kvalitets- och patientsäkerhetsproblem som av och till konstateras (Thoresson, 2012). Samma sak gäller naturligtvis vården som arbetsplats och arbetsmiljö (Tyrstrup, 2012; 2014). Men det har gjorts försök, inte minst bland politiker, att sätta fingret på vad som skulle vara de mer grundläggande problemen. Enkelt uttryckt finns tre problemformuleringar – tre berättelser om hur vi ska förstå kvalitetsbristerna i vården.

En första problemformulering går ut på att det saknas resurser i vården. Lösningen blir att tillföra mera pengar och därmed är det hela en politisk fråga. Konflikterna hamnar utanför hälso- och sjukvården som sektor betraktad, eftersom avvägningarna ska göras gentemot områden som exempelvis kollektivtrafiken (landstingen) och skolan (kommunerna). Vårdsektorn får, i allt väsentligt, leva sitt eget liv vad gäller arbetsformer, ledning och organisering. Det handlar med det här synsättet om att prioritera i relation till andra behjärtansvärda områden, men som alltså återfinns utanför vårdsektorn. Mer pengar ger mer och bättre vård. Mindre pengar ger mindre och sämre vård.³ Så ser teorin ut i dess förenklade form.

En andra problemformulering går ut på att de institutionella förutsättningarna skulle vara olämpliga. Lösningen blir därför att genomföra reformer. Hur dessa ska utformas är en fråga av politisk och ideologisk natur. Men det handlar också om att rent konkret gripa in i vårdens organisering, villkor och funktionssätt. Husläkarreformen, konkurrensutsättning och privatiseringar är exempel på ideologiskt färgade reformer. De är också försök att intervensera i hur vården organiseras, bedrivs och i förlängningen utvecklas. Kö-miljarden är politisk i meningen att pengarna kunde ha använts till annat.

³ Detta är också ett exempel på en fundamental missuppfattning. Nämligen att ekonomi och pengar i stort sett är synonyma. Det i sig är ett bekymmer men här är inte platsen att reda ut saken mera än så. Se vidare i Helgesson och Winberg (2008).

Men det var också en reform med ambitionen att genom ekonomiska incitament förändra sjukvårdens prioriteringar och ytterst därför även vårdens utförande. Förändrade förutsättningar leder till anpassningsprocesser runt om i vården. Ändras spelreglerna så väljer aktörerna att spela enligt de nya reglerna. Så ser teorin ut i dess förenklade form.

En tredje problemformulering går än längre in i praktiken och tar utgångspunkt i uppfattningen att sjukvården är ineffektivt organiserad på verksamhetsnivån. Lösningarna är därför att hitta eller utveckla modeller för organisering av vårdarbete på såväl operativ nivå som när det gäller sätten att leda verksamheten. Köp och sälj-modeller, lean-arbete och värdebaserad vård är alla aktuella exempel på vad det kan handla om. Här betraktas alltså vårdverksamheter som i olika avseenden ineffektiva, ur ett företags-ekonomiskt perspektiv. Ofta hänvisas det till att medicinska överväganden av tradition har fått styra utformningen av arbetsätt och prioriteringar, men utan hänsyn till hushållningen med begränsade resurser. Mindre smickrande är olika antydningar om prestige och förlegade traditioner om vem som ska göra vad som förklaringar till vårdarbetets organisering. Organisera och led vården utifrån modeller som visat sig kunna stimulera såväl effektivitet som produktivitet i andra verksamheter, så kan motsvarande effekter förväntas också i vården. Så ser teorin ut i dess förenklade form.

De tre berättelserna har gemensamt att de alla lokaliserar orsakerna till vårdens problem till vardagsarbetet. Skillnaderna ligger i hur förutsättningarna för det arbetet beskrivs och i förlängningen vilken sorts åtgärder som föreslås. Ofta hamnar sektorns övergripande organisering, inklusive landsting, kommuner, myndigheter och politik på olika nivåer, utanför analysen. Systembeskrivningen görs så att den vertikala arbetsfördelningen – det vill säga ansvar och befogenheter på olika nivåer – kommer att betraktas som oproblematiske. Åtminstone tills kritiken mot New Public Management reste frågor om governance-modellen, alltså hur styrningen av vården är organiserad.

Projektet Närvård i västra Sörmland

Sedan augusti 2014 pågår projektet Närvård i västra Sörmland. Projektets målbild är att skapa en jämlik vård med hög tillgänglighet men också att närvården ska uppfattas som:

en sammanhållen verksamhet som levererar rätt vård, på rätt nivå till rätt patient i rätt tid. All vård utgår från den enskilda patienten och alla, inklusive patienten, som är en del i vården oavsett vårdnivå och huvudman är väl involverade i planering och arbetar mot samma mål (Lägesrapport Närvård i västra Sörmland, 2015:3).

I den västra länsdelen finns totalt sju vårdcentraler varav tre i Flens kommun, tre i Katrineholms kommun och en i Vingåkers kommun. Vårdcentralerna består av både privata och offentliga aktörer och uppdraget är detsamma för samtliga vårdcentraler i länet. I denna del av länet finns även Kullbergsska sjukhuset där såväl akut som planerad hälso- och sjukvård bedrivs.

Arbetet med att utveckla vården innebär bland annat att skapa samverkan och samarbete mellan landstinget och länets kommuner, men även andra aktörer. Stort fokus ligger på just samverkan vilket ses som en av de viktigaste faktorerna för att nå målet.

Behovet av utveckling kommer inte att innebära att allt skall göras om, utan snarare att tydliggöra vad som behöver vidareutvecklas samt genomföra förändringar och förbättringar.

Uppdragsgivaren är Landstingsstyrelsen, och förutom projektansvarig och projektledare består projektorganisationen av en styrgrupp (divisionscheferna samt chefen för socialförvaltningen i Katrineholm) och en projektgrupp (verksamhetschefer från de berörda verksamheterna samt projektledaren, områdeschefen för Hälso- och sjukvård i Katrineholm samt en närvårdskoordinator). Utöver detta finns det sedan tidigare en utvecklad samverkansstruktur mellan kommun och landsting vilken har använts för kontakter med de berörda kommunerna. I samverkansstrukturen finns representanter från landstinget och länets nio kommuner. Tanken är att detta skall bidra med mötesplatser för att skapa samsyn och gemensamma lösningar inom psykiatri, barn, funktionshinder och äldre frågor när det gäller hälso- och sjukvård. Därtill tillkommer referensgrupper och delprojektgrupper som organiseras löpande efter behov (Projektplan Närvård i västra Sörmland, 2014).

En grundtanke med projektet är att verka för bästa patientnytta genom att koppla samman resurser från vårdcentralerna, sjukhuset, länets kommuner och andra samhällsfunktioner. Detta då i de olika konstellationer som behövs för särskilda patientgrupper eller enskilda patienter. Vidare skall länets befolkning ha tillgång till hälso- och sjukvård nära där de bor eller vistas (Håkansson, 2014:1). Begreppet *Närvård* innebär att vården skall vara nära geografiskt (en definition som ska komma att utvecklas under projektet), samt att den skall ha god tillgänglighet. Närvårdsansvar är att erbjuda insatser för vårdbehov som är:

1. vanligt förekommande i befolkningen och/eller
2. ofta förekommande för individen, samt
3. ekonomiskt och medicinskt rimliga att erbjuda lokalt.

Enligt projektplanen (Projektplan Närvård i västra Sörmland, 2014:7) är syftet med projekt Närvård i västra Sörmland följande:

- Tydliggöra landstingets roll inom Närvård i västra Sörmland och göra den känd internt och externt hos våra samarbetspartners.
- Identifiera organisatoriska mellanrum och förbättrings- och utvecklingsområden för att skapa en närvård med sjukhus, mobil specialistvård, primärvård som inkluderar vårdcentraler och kommun i nära samverkan utifrån ett dygnet runt-ansvar.
- Utveckla organisationsstrukturen, genomföra förbättringar som skapar en personcentrerad vård med hög tillgänglighet där vi nyttjar teamets kunskaper och resurser på bästa sätt och där vården planeras tillsammans med patienten.
- Genom att utveckla samverkan, arbetssätt och organisationsstrukturer hitta former för framtidens Närvård som sedan kan ligga till grund och implementeras i hela länet.
- Fokus ska ligga på de mest behövande och kroniskt sjuka, äldre och palliativa patienterna oavsett om vården ges inom psykiatrin och/eller somatiken.
- Hitta former för hur vi kan utveckla befintliga kommunikations- och informationssystem samt utveckla nya möjligheter med hjälp av tekniska lösningar (Lägesrapport Närvård i västra Sörmland, 2015:3).

Rent konkret innebär detta att synliggöra vad som behöver göras för att Närvården i västra Sörmland skall stärka sin ställning i vårdsystemet samt vad som behöver utvecklas för att skapa en vård som ger trygga patienter, en smidig resa genom vården och effektivt utnyttjande av resurser (se figur 1 på nästa sida).



Figur 1: Trygga patienter, smidig resa genom vården och effektivt nyttjande av resurser. Bild hämtad från projektplan Närvård i västra Sörmland.

Inom ramen för projektet kommer samtliga verksamheter på Kullbergsska sjukhuset att genomlysas. Detta ska göras tillsammans med medarbetarna som arbetar där men också med primärvården, dvs. vårdcentralerna och kommunerna. Vidare genomförs delprojekt utifrån projektets övergripande syfte och mål där varje delprojekt har en referensgrupp med patienter och anhöriga. Några exempel på delprojekt, enligt Landstinget Sörmlands hemsida⁴:

- *Vårdplanering med hjälp av tekniska lösningar.* Syftet med detta delprojekt är att skapa möjligheten att använda tekniska lösningar som ett komplement vid vårdplaneringar mellan sjukhus, vårdcentraler, öppenvård och kommunal vård och omsorg (Delprojektplan, Vårdplanering med hjälp av tekniska lösningar, sid 1). Det handlar således både om den vårdplanering som sker på sjukhuset samt den som sker i patientens hem. Tanken med detta är att skapa möjlighet till vårdplanering på distans vilket skulle innebära en mötesstruktur som bidrar till delaktighet för både patienter, anhöriga och de medarbetare som ingår i teamet.

4 <http://landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Narvard-vastra-Sormland/Delprojekt/>, besökt 160515.

- *Strukturerad in- och utskrivning.* Detta delprojekt handlar om att ta fram ett gemensamt systematiskt arbetssätt när det gäller in- och utskrivning som bygger på teamarbete. Arbetssättet ska säkerställa trygga och välinformerade patienter och vårdkedjorna ska vara smidiga resor genom vården (Projektbeskrivning Delprojekt – Strukturerad in och utskrivning, sid 1). I detta ingår att utveckla planerings- och uppföljningsteam genom att samordna ett antal funktioner, såsom vårdplanerare, uppföljningssköterska, vårdplatskoordinator och vårdlots.
- *Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH).* Syftet är att skapa en organisation för specialiserad sjukvård i hemmet för medborgarna i hela västra länsdelen. Medicinska bedömningar, behandlingar och omvårdnad ska, om det gagnar patienten, i första hand ... ske i hemmet, och kan avse både planerad och oplanerad vård, som alternativ till akutbesök och inläggning på sjukhus (Projektbeskrivning, Delprojekt – Specialiserad sjukvård i hemmet, sid 1). I de fall då vård i hemmet anses som ett bra och säkert alternativ skall således fler personer, oavsett ålder, diagnos, boendeform och adress, ges möjlighet till detta.
- *Närvård Barn.* Syftet med detta delprojekt är att skapa trygghet, individuella förutsättningar och självbestämmande för varje barn och familj. Det handlar om att ge vård och behandling under säkra former på mottagning, dagsjukvård och i hemmet (Delprojekt – Närvård Barn, 2015).
- *Samlad mottagning.* Denna mottagning består av 13 små mottagningar och dagsjukvården. Syftet är att skapa en mottagningsverksamhet som arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, där det är självklart att använda teamets kompetens. Läkarsekreterarna har en samordnande funktion i varje team vilket gör att verksamheten skall få mer tid till telefonrådgivning och mottagningsbesök.

Arbetet organiseras utifrån att nå hög tillgänglighet genom att stegvis öka mottagningstiderna, utveckla användandet av Mina vårdkontakter och införa fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt, hög delaktighet, personlig information och samordnad individuell vårdplan oavsett diagnos skapar trygghet (Projektbeskrivning Delprojekt – Samlad mottagning).

Värt att påpeka är att antalet delprojekt har förändras över tid. Syftet med ovanstående genomgång och beskrivningar är att illustrera vilken typ av arbete projektet Närvård i västra Sörmland handlar om.

2.1 Studiens metod och genomförande

Följeforskningen inom Närvård västra Sörmland har skett med hjälp av intervjuer med många olika personer som, på olika sätt, har inblick i eller påverkan på projektet. De som arbetar i närvårdens olika team och enheter, de som leder arbetet på verksamhetschefnivån, tjänstemän inom hälso- och sjukvårdsledningen i Sörmland och ansvariga politiker har intervjuats. Intervjuer har också gjorts med dem som leder förändringsarbetet och den projektgrupp som finns för projektet. Även ett antal av dem som ingår i projektets styrgrupp har intervjuats. I en del fall har även personer inom de berörda kommunerna intervjuats.

I rapporten kommer hänvisningar till metodfrågor, delstudier och liknande att göras i den löpande texten enbart när så är motiverat av det som diskuteras. Den som är intresserad av en mer komplett och sammanhållen redogörelse för projektets metodologiska överväganden hänvisas till Appendix: Metod, där en sådan redogörelse finns. Argumentet är att läsbarheten ökar om brödtexten har en mer löpande och mindre formell karaktär och uppläggning.

2.2 Några illustrerande exempel

I det följande beskrivs tre exempel på vad som har studerats inom ramen för följeforskningen. Mer material presenteras naturligtvis längre fram. Det kan emellertid finnas en poäng med att redan inledningsvis ge lite känsla för vad det är för material som samlats och på vilken analysnivå. Tanken är alltså att visa på bredden av situationer och händelser som har undersökts men också det relativt närgångna i själva iakttagandet. Ambitionen är att kunna precisera utgångspunkterna för det fortsatta analysarbetet, inklusive valet av tillämpade referensramar. De tre exemplen illustrerar nämligen hur man kan förstå vad det är för förändringsförlopp närvårdsprojektet handlar om. Men de ska också fungera som introduktion till uppläggningsen av det fortsatta analysarbetet och hur detta fått reflekteras i rapportens utformning.

2.2.1 Engagemang, tillhörighet och identitet – exemplet Samlad mottagning

En konsekvens av att verksamheter delas upp i olika ansvarsområden, och en av avsikterna med detta, är att människors engagemang ska fokuseras i linje med detta. Engagemang kan komma till uttryck på lite olika sätt. Vad man lägger sin tid på, vad man har fokus på, vad som får ”förkörsrätt” när tiden inte räcker till. Ofta är vi engagerade i många saker parallellt och konkurrensen om den tid som finns till förfogande är stor. Inom projektgruppen för Närvård i västra Sörmland hade medlemmarna att balansera mellan gruppens uppdrag å ena sidan, och den vårdenhet man representerar å den andra. På en övergripande nivå finns en insikt om att alla måste verka tillsammans, men i praktiken ligger engagemanget ofta i den egna verksamheten. Detta är på ett sätt naturligt då människor har en tendens att så att säga rangordna sina ansvarskänslor. Ofta får sådant man ensam är ansvarig för högre prioritet än ansvar som delas med andra.

Inom Samlad mottagning ingår ett flertal mottagningar av olika storlek. En observation är att engagemanget förefaller påverkas dels av yrkesgrupperna, dels av mottagningarnas storlek. Ju mindre enhet desto större engagemang att bidra till en Samlad mottagning. Måhända handlar detta om att de mindre mottagningarna har mer att vinna på att samverka. Ett exempel är en mottagning som enskilt är mindre än sin moderklinik men betydligt större tillsammans med andra inom Samlad mottagning. För en mindre mottagning kan "att dela med sig" av medarbetare samtidigt vara svårare än för större mottagningar. En verksamhetschef menar exempelvis att hen har ansvar för den medicinska vården medan personalen och lokalerna tillhör Samlad mottagning. Verksamhetschefen menar dessutom att de som är chefer vid Samlad mottagning inte har de nödvändiga medicinska kunskaperna och att detta kan bromsa utvecklingen. Det finns också problem vad gäller resursfördelning. Alla sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar vid någon av mottagningarna inom Samlad mottagning är utbildade inom minst två specialiteter och kan därför arbeta på mer än en mottagning. Detta kan få till följd att verksamhetscheferna vid respektive mottagning vill använda "sina" sjuksköterskor och undersköterskor för att utveckla vården vid "sin" mottagning. I slutändan kan detta skapa konflikter vad gäller fördelning och prioritering av arbetsuppgifter. Något som kan skapa friktion inom gruppen. En sjuksköterska som verkar vid Samlad mottagning menar att "moderklinikerna" till respektive mottagning kan uppleva Samlad mottagning som ett hot, då man på moderklinikerna uppfattar att man förlorar en del av kontrollen över verksamheten.

Samlad mottagning är en etikett. Ett begrepp som syftar på något och representerar något. Intervjuerna visar att det betyder olika saker för olika personer. Det kan betyda "ett forum inom vilket information lätt sprids" men även "samma chef". Vid genomgång av dokumentet "Projektbeskrivning Delprojekt – Samlad mottagning", som finns tillgängligt på landstingets hemsida, finns följande formulering:

På mottagningen finns undersköterskor, sekreterare och sjuksköterskor specialiserade på ett eller flera områden. Respektive klinik ansvarar för att bemanna mottagningen med läkare, många specialister kommer från Mälarsjukhuset för att möta patienterna, det ser olika ut när det gäller kontinuiteten och i flera fall bemannas mottagningen med hyrläkare. (Projektbeskrivning Delprojekt – Samlad mottagning, 2015:2).

Man uttrycker sig i termer av mottagningen, vilket således innebär att Samlad mottagning tolkas som ”en mottagning”, trots att den rent fysiskt är utspridd över Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm. Som utomstående är det lätt att bli förvirrad. Det ligger nära till hands att, i varje fall som helt ny patient, förvänta sig en plats, gemensam för hela sjukhuset, dit man kan vända sig för att sedan möjligen hänvisas vidare. Oavsett om denna tolkning är rimlig eller inte så illustreras vissa motsättningar och skillnader i det sätt på vilket Samlad mottagning uppfattas. Alltså vad medarbetare förväntar sig att Samlad mottagning är respektive ska vara framöver.

2.2.2 Kulturella olikheter och informationsavstånd – exemplet unga somaliska kvinnor

I Katrineholm bor ett stort antal personer med somalisk bakgrund. Inom vården i Katrineholm uppmärksammade man att den somaliska gruppens förhållande till socker kunde vara ett folkhälsoproblem. Sockerintagen var höga och konsumtionen av läsk, sötsaker, kakor etcetera stor. En betydande del bland somalierna är kvinnor i fertil ålder. De utgör på så sätt en riskgrupp för graviditetsdiabetes, som i sin tur är en inte oväsentlig riskfaktor för ett foster.

Ett initiativ togs till ett antal informationsträffar för att upplysa om saken. På informationsträffarna deltog läkare, dietister, barnmorskor, folk från BVC, etcetera. Det gavs information i grupp och det fanns utrymme för individuell rådgivning. Och det fanns givetvis tolkar på plats så att språket inte skulle vara ett hinder för att tillgodogöra sig informationen.

Utfallet av informationsmötena var dystert. Förändringarna i beteende bland de unga kvinnorna var mycket begränsat, om ens något. Av allt att döma hade informationsträffarna inte haft den avsedda effekten och frågan var naturligtvis varför?

Svaret kom när en av de som arrangerat träffarna fick kontakt med en läkare med somalisk bakgrund. Läkaren förklarade att de som varit där – läkare, dietister, barnmorskor etcetera – inte hade någon ”auktoritet” i de unga kvinnornas ögon. Kanske kan man säga att det är ganska svenskt att tänka sig att information från experter som upplyser om vissa saker, ska påverka hur människor agerar. Den somaliska läkaren förklarade att det hade varit bättre att rikta informationen till familjeöverhuvudena i flickornas familjer. Hade man övertygat dessa hade följsamheten troligen blivit en annan.

2.2.3 Vård, gränser och patientmedverkan – exemplet räkmackan

Detta är ett autentiskt fall dock inte från följeforskningen runt Närvård i västra Sörmland. Det har trots detta tagits med i den här rapporten av två skäl – dels handlar det om närvård, dels är det belysande för frågan var gränserna går för vad som är vård respektive omsorg? Det senare är en strategisk fråga för projektet Närvård i västra Sörmland. Närvård och omsorg bedrivs i varandras omedelbara närhet och ska dessutom samordnas i många fall.

En äldre kvinna, vi kan kalla henne Elin, har som så många andra äldre en del åkommor som behöver hållas under uppsikt. En av Elins åkommor kräver att hon med några veckors regelbundenhet får en blodtransfusion för att kunna hålla åkomsten under kontroll och möjligen också justera lite i medicineringen. Elin besöker därför sjukhuset på hemorten regelbundet dit hon kallas för att få den aktuella behandlingen.

Av omsorg om Elins bekvämlighet föreslår man på sjukhuset att behandlingen ska göras i Elins bostad. Ett närvårdsteam kan komma förbi på avtalad tid istället. På så sätt behöver inte Elin göra sig besväret att ta sig till sjukhuset med jämna mellanrum.

Det här är ett förslag Elin absolut inte kan tänka sig. Något förbryllad undrar man på sjukhuset varför inte? Och Elin förklarar att saken är den att när hon kallas, så kallar man samtidigt ett antal andra patienter för motsvarande behandling. Och eftersom det är bra att äta något lämpligt efteråt så bjuder sjukhuset på räksmörgås och kaffe. Och de som varit där samtidigt för sina behandlingar får en trevlig stund tillsammans i cafeterian.

Var går gränsen för vad som är att betrakta som vård? Att bjuda på räksmörgås är motiverat av somatiska skäl. Och eftersom patienterna är några stycken så kan man addera livskvalitet i anslutning till vården genom pratstunden sinsemellan. Det är inte uppenbart var gränsen går mellan vård och omsorg. Mycket pekar ju mot att exempelvis psykosociala förhållanden kan ha mycket stor betydelse för tillfrisknandet även vid somatiska sjukdomar. Elins stund med vännerna över en räksmörgås kan mycket väl ha sådana effekter.

2.2.4 Sammanfattande observationer från exemplen

Ett genomgående mönster i exemplen ovan är att det lokala – detaljerna – ofta bestämmer förutsättningarna för vårdarbetet. Något som påverkar vården som sådan men också arbetet med att förnya arbetssätten. Mycket ska stämma, och ungefär samtidigt, för att man ska lyckas. Att synkronisera är en central men sällan diskuterad aspekt på förändringar av eller inom vårdverksamheter. Exemplet med Samlad mottagning illustrerar detta väl. Samlad mottagning ska förenkla för patienter men det florerar olika bilder av vad Samlad mottagning är och hur den är tänkt att fungera. Elins räksmörgås illustrerar att gränsen för vad som kan ses som vård är subtil. Relationer har positiva effekter på hälsa och rehabilitering (Hertting och Kristenson, 2012). I Elins fall handlade detta om möten som var centrala för hennes livskvalitet.

Om och om igen visar det sig att det är det där lite oväntade, det man inte hade räknat med, som kräver insatser för att lotsa införandet av nya idéer en bit till på vägen mot bättre verksamhet och ökad samverkan.

»Aspekterna på vad som kan vara relevant när det gäller att sätta patienten i centrum är både många och ofta subtila. The devil is in the details!«

Konsekvensen är ett behov av stor och aktiv närvaro både av chefer och samverkanspartners i de miljöer där utvecklingsarbetet pågår. Men också i angränsande miljöer, även om dessa inte är direkt inblandade. God kännedom om förändringsarbete i ens närhet kan, om inte annat, vara en grund för att visa intresse och stöd. En inte oväsentlig hjälp för dem som sliter med detaljerna.

Det finns framförallt en sak att lära av de tre exemplen. Det är att "the devil is always in the details". Detta konstaterande har i sin tur mycket stora implikationer för hur man kan organisera och leda vårdverksamheter. Det har också konsekvenser för möjligheterna att, och sätten på vilka, vård kan organiseras runt olika patienter och deras anhöriga. Inklusivt vad anhöriga kan, vill och kanske ibland måste ta på sig. Elin var kry nog att ta sig fram och tillbaka till sjukhuset själv. Men redan det mikrosystem av insatser som vidtas runt Elin och hennes vänner visar på något centralt: aspekterna på vad som kan vara relevant när det gäller att sätta patienten i centrum är både många och ofta subtila. The devil is in the details!

Teoriram med empiriska illustrationer

I denna del beskrivs och illustreras de teoretiska begreppen *översättning* och *organisatoriska mellanrum*. Det är dessa båda perspektiv som används för att analysera och tolka material respektive dra slutsatser. Av pedagogiska skäl, andra får avgöra om det lyckats, beskrivs de båda analysrastren samtidigt som de illustreras med exempel från följeforskningen.

3.1 Samma fenomen – olika tolkning

Idéer reser ständigt, mellan länder och verksamheter och mellan sektorer och professioner. I denna översättningsprocess, dvs. när idéer sätts över i ett nytt sammanhang, sker en redigering för att passa den mottagande kontexten (Sahlin-Andersson, 1996).

För att en idé skall kunna resa mellan verksamheter måste den alltså först ”ryckas loss” från sin kontext för att sedan ”bäddas in” i den nya kontexten. En idé som landar i en ny kontext är därför aldrig densamma som den var tidigare. När en idé möter en ny kontext möter den även befintliga strukturer och rutiner vilket kan komma att påverka det sätt på vilket idén omformas till praktik (Røvik, 2008).

Inom sjukvården innebär detta att en idé även stöter på ett antal mer eller mindre starka professioner vilka påverkar hur den nya idén tar form i praktiken.

Røvik (2008) beskriver hur så kallade utvecklingsarenor (som exempelvis konferenser, nätverk och seminarier), är delar av översättningsprocessen. Dessa är mötesplatser för olika aktörsgrupper och fungerar som inkörsportar för idéer in i organisationer. Arenorna är ofta externt lokaliserade och deltagarna kommer från olika verksamheter. På arenorna sker översättning och det är bl.a. från dessa arenor som deltagarna sedan tar med sig idéer hem till sina egna verksamheter.

Dessa arenors motsvarighet internt beskrivs i termer av interna utvecklingsenheter, som exempelvis en intern enhet som arbetar inom området organisationsutveckling (Røvik, 2000, 2008). Ett syfte med sådana arenor är att ta in idéer som cirkulerar i omgivningen och verka för att dessa ska materialiseras i verksamheten. Gemensamt för de externa och interna arenorna brukar vara att de ska verka som plattform för att sprida och översätta idéer. Vad som är intressant att peka på är de arenor som inte är tänkta att vara mötesplatser för idéer, men som trots detta och i lika hög utsträckning ingår i översättningsprocessen (Larsson, manus under arbete). Det kan handla om alla dessa möten vid vilka en specifik idé kring arbetsutformning och organisering diskuteras. Det vill säga möten som leder till tolkningar och insikter som i förlängningen påverkar det sätt på vilket en idé översätts i en viss praktik.

Målen och syftena med exempelvis ett projekt må vara väldefinierat på en övergripande nivå, men på sin väg in och ner genom organisationen genomgår projektidén en filtrering (Andersen och Røvik, 2015). Det sker lokala översättningar på olika nivåer i organisationen, i olika grupperingar och på olika enheter. Det sätt på vilket projektet formuleras på övergripande nivå är sannolikt inte identiskt med hur idéerna ser ut på andra nivåer inom organisationen. En idé kan med andra ord betyda något helt annat för medarbetarna än för den ledning som introducerade idén (Andersen och Røvik, 2015).

Även mellan olika medarbetare och chefer på samma nivåer kan idén ha formats om i olika varianter. Något som har uppenbara konsekvenser för möjligheterna att samverka runt och genom de nya idéerna.⁵

Aktiviteter, företeelser eller saker kan med andra ord tolkas på olika sätt och påverkas av den mottagande kontexten. Som exempel kan nämnas den mobila äldreakuten som höll på att startas upp i västra Sörmland. Verksamheten har bytt namn och kallats mobila teamet, mobila närvårdsteamet och så småningom alltså mobila äldre-akuten. I ljuset av den översättningsproblematik som diskuteras här är det naturligtvis försvårande att byta etiketter på saker och ting. I avsaknaden av en god förklaring till namnbytet riskerar detta att försvåra hur berörda tolkar och föreställer sig verksamheten. Inte sällan speglar exempelvis ett namnbyte någon form av insikt vid ett möte kring verksamheten som – där och då – känns angelägen att fånga upp. För de som deltar – där och då – har bytet sin funktion. För dem som inte deltog, vanligen de flesta, blir bytet en källa till förvirring och i värsta fall ett förlorat intresse.

Översättningsprocesser förekommer vare sig man vill eller inte. Tolkandet kräver dessutom tid, energi och uppmärksamhet. Att anta att information, och att informera, löser saken är vanskligt. Det är när information har presenterats som ”arbetet” börjar med att skapa mottagarnas (många olika) tolkningar. Översättandet kan inte styras på det individuella planet, men det kan till en del organiseras. Exempelvis genom workshops eller seminarier där dialoger är möjliga. Vanligen är detta ganska tidskrävande och måste många gånger också upprepas.

⁵ Idé representerar i det här sammanhanget många andra former för att ”paketera” idéer. Det kan handla om visioner, beslut eller modeller för arbetet.

3.1.1 Bortom planen – översättningar tenderar att ta sina egna vägar

Väl formulerade styrdokument som har tagits fram inom ramen för projektet Närvård i västra Sörmland antyder en top-down-ansats. Det sätt på vilket verksamheten skall utvecklas och förhoppningsvis förbättras finns definierat i dokument. Vad som sedan händer i verksamheten, när de övergripande målområdena omsätts i praktiska idéer och förslag från medarbetarna, kan dock vara något helt annat. Det är poängen med att titta på projektet ur ett översättningsperspektiv.

Texter är grundläggande i projektarbete rent generellt. Allt från övergripande projektplan och tidplaner till beskrivningar av delprojekt och vilka som är eller ska engageras förväntas framgå av dessa dokument. Dokumenten, och diskussioner av dessa i olika forum, förutsätts påverka hur projektidéer omsätts i praktiska aktiviteter och organisering.

Ekman (1999) belyser en viktig aspekt av det här tillvägagångssättet genom att sätta fokus på dynamiken mellan texter och det Ekman kallar småprat. Han talar om ”småpratets navigerande funktion” (Ekman, 1999:204) och beskriver hur handling normeras på småpratets olika arenor, snarare än via textproducenterna. Texter är till sin natur abstrakta och måste tolkas, inte minst eftersom de ofta formuleras av andra än de som förväntas omsätta texterna i verksamhet. Skrivna underlag i all ära, men det är i mötena i vardagen – där människor kan stämma av sina tolkningar och omdömen – som förtroenden skapas och de ändamålsenliga tillämpningarna utformas.

Ett exempel på hur idén om närvårdens utveckling tolkas är när en läkare vid Kullbergsska sjukhuset, ombedd att hjälpa till med specialistvård i hemmet under en vakans, inte kunde se varför hen skulle arbeta i ett mobilt team. Läkaren, och andra tillfrågade, såg inte en större kontext – kanske vården i Katrineholm, eller kanske bara att stötta kollegor. I den utsträckning läkaren kände till syftet med närvårdsprojektet, vilket inte är självklart, så kopplade läkaren inte samman situationen med projektets syfte. Att ledningen fallerade i sina rekryteringar kunde därför knappast betraktas som läkarnas problem.

Ur ett översättningsperspektiv framstår det strategiska i satsningen på närvård inte ha fått genomslag bland en del som arbetar inom Kullbergsska sjukhuset. Läkaren, och sannolikt andra kollegor, ser inte sig som berörda av förändringsarbetet. Trots att en bärande idé i projektdokumentet är just att åstadkomma förskjutningar av arbetet på klinikerna till lösningar som gör att viss vård sker utanför sjukhuset istället. Ur ett systemperspektiv är läkaren och dennes kollegor berörda. Men detta är inte det relevanta systemet ur läkarens perspektiv då denne får frågan om att täcka upp för vakansen. Det är arbetsplatsen som står i anställningsavtalet som är kontexten för tolkningen av vad man kunde svara.

Ett andra exempel handlar om schemaläggning och är intressant just ur ett översättningsperspektiv. Ett av syftena med närvårdsprojektet är att skapa en ”en personcentrerad vård med hög tillgänglighet” (Lägesrapport Närvård i västra Sörmland, 2015:3). Ett sätt att röra sig i den riktningen är att förskjuta arbetsdagen en halvtimme. Förändringen motiveras med att personalen ska finnas på plats när patienterna ringer. Det har visat sig att patienterna börjar ringa något senare än när personalen har kommit på plats. Och de ringer även runt halvtimmen efter att folk har gått för dagen. Närvårdsprojektet ska förbättra tillgängligheten, inklusive möjligheten att nå vården via telefon. Förskjutningen av arbetstiden är således i linje med projektmålen. Förslaget skapar emellertid frustration och en del motstånd bland personalen. En tolkning är att det handlar om en rigid inställning till arbetstidernas förläggning. En annan att översättningar av idéer om närvård inte kopplar samman arbetstider med var vården utförs. Förslaget bedömdes utifrån att många anpassat sina livspussel till de befintliga arbetstiderna. Inte utifrån att man deltar i arbetet med att utveckla närvården i västra Sörmland.

Analysen i detta avsnitt har tagit fasta på de texter och dokument som ska vara vägledande för projektet Närvård i västra Sörmland. Detta har att göra med att vi studerar utvecklingen just ur ett översättningsperspektiv. Och detta är naturligtvis något annat än alla de förslag och idéer som uppstått i själva arbetet runt om i de olika verksamheterna och delprojekten.

Begreppet översättning riktar på ett naturligt sätt fokus på den vertikala dimensionen i verksamheten. Den horisontella dimensionen – alltså processerna i de verksamheter där förändringsarbetet pågår – är värd sin egen särskilda både studie och rapport. Detta då med en djupare analys av arbetet med att leda och organisera den här typen av förändringsarbete. Här har också den aspekten inskränkts till att avse möjligheten att se exempelvis projektledningen ur ett översättningsperspektiv (se vidare 3.1.3)

3.1.2 Mottagandet av idéer – den kritiska fasen

Den lokala, mottagande kontexten är avgörande för det sätt på vilket projektet översätts och omsätts i praktik. Att idéer formas i den lokala kontexten innebär att lokala detaljer och uppfattningar om hur arbetet skall utföras påverkar idéernas utformning. Dynamiken i och resultatet av exempelvis teamarbete på en vårdcentral i Flen behöver därför inte vara samma som hur man arbetar i team i Vingåkers kommun. Särskilt när teamen består av personer från flera olika verksamheter. Ett exempel är samverkan mellan privata och offentliga verksamheter där grundvärderingar och sätten att bedriva och se på sina verksamheter kan skilja sig åt. Förhållningssätt kan exempelvis vara olika bland vårdpersonal som är delägare i en vårdcentral jämfört med vad man kan hitta bland personal som är anställda av en offentlig huvudman.

Att tillmäta den lokala kontexten betydelse är centralt för att underlätta vid översättning av generella projektidéer i mycket heterogena och därför olika praktiker. Detta är särskilt viktigt eftersom ett fokus i projektet Närvård i västra Sörmland är just att utveckla teamarbetet över både enhets- och huvudmannagränserna (Lägesrapport Närvård i västra Sörmland, 2015). Av målbilden för projektet framgår det att närvården skall uppfattas som en sammanhållen verksamhet. Något som kräver mycket av medarbetarna från såväl kommunerna som landstinget. Inte minst i form av att hitta sätt att samverka som eliminerar, eller åtminstone döljer, gränser ur patienternas perspektiv.

Projektets målbild är att all vård ska utgå från att ”den enskilda patienten och alla, inklusive patienten, som är en del i vården oavsett vårdnivå och huvudman är väl involverade i planering och arbetar mot samma mål.” (Lägesrapport Närvård i västra Sörmland, 2015:3). Vidare skall projektet ”öka patientens inflytande och delaktighet, förbättra samverkan och använda resurserna på bästa sätt” (Lägesrapport Närvård i västra Sörmland, 2015:3). Den uppföljning av patienter som skedde efter utskrivning från Kullbergska mellan februari och juni 2015 visar att alla tillfrågade patienter uppgav att de fick med sig skriftlig information vid hemgång. Men andelen som visste till vem de skulle vända sig med frågor, eller som själva var med och planerade sin hemgång, hade sjunkit under perioden (Lägesrapport Närvård i västra Sörmland, 2015:10ff). Vad detta beror på framgår inte av lägesrapporten. Men det illustrerar hur extremt svårt det är att översätta goda idéer i praktisk verksamhet, med ändamålsenliga rutiner och lämpliga beslut i de enskilda vård-situationerna. Återigen är den lokala kontexten avgörande för hur praktiken kommer att utformas. I förlängningen kräver förändringar nya sätt att tänka och tolka vad som behöver göras och hur. Om ambitionen med dessa förändringar lyckas eller inte avgörs i de processer där idéerna översätts i praktik.

Det är alltså där – i det lokala översättningsarbetet – grunden till reella förändringar läggs. Den dåliga nyheten är att detta är ett mycket mödosamt och tidskrävande arbete som därtill kräver betydande närvaro av verksamheternas ledarskap. Den goda nyheten är att lyckas man blir det väsentligt enklare att föra in även andra nya idéer som går i samma riktning som den pågående förändringen i övrigt. Många av dessa idéer kommer dessutom att födas direkt i den lokala kontexten, bland annat som reaktioner på att man ibland inte anser sig ha uppnått målen fullt ut. Ett strategiskt mål vid den typ av projekt som Närvård i västra Sörmland utgör är just att det ständiga förbättringsarbetet fortsätter men från lite nya utgångspunkter.

3.1.3 Projektledning som översättningsarbete

Redan tidigt i projektet (december 2014) arrangerades ett så kallat idé-café. Syftet var att, med vårdpersonal från både landstinget och aktuella kommuner, inventera vad som var utmaningarna när det gällde att bygga upp en väl fungerande närvård i västra Sörmland. Det var många som deltog och alla huvudmän fanns representerade, liksom en rad professioner. Det framgår av minnesanteckningarna att ett antal frågor, områden och välkända problem skulle möta idén om en utvecklad närvård när arbetet väl började. Här är det tydligt att presentationer av projektet som idé blir föremål för ett kollektivt arbete med att tolka och översätta den i riktning mot en tänkt praktik.

Røvik (2008) diskuterar begreppet translatorkompetens och avser en viktig faktor, i många fall avgörande, för att lyckas med idéöverföringar. Han menar att ett ”bristfälligt” översättningsarbete kan bero på det sätt på vilket en praxis ges en idémässig representation vilken sedan skall flyttas till andra kontexter. Det kan handla om att viktiga förutsättningar för att en praxis fungerade så bra i den ursprungliga kontexten inte synliggörs i den process då idéerna överförs till nya kontexter.

Begreppet translatorkompetens syftar på att översättningar (eng. *translations*) inte är godtyckliga. Faktum är att Røvik pekar på att människor kan vara mer eller mindre bra på och kanske också medvetna om hur man som en i gruppen bidrar till att översättningar kommer till stånd och även hur dessa översättningar kommer att göras. I den meningen kan man säga att en person som exempelvis projektledaren i projektet Närvård i västra Sörmland kan ha en translatorkompetens och att den påverkar översättningsprocesserna. Hur fort dessa går, och i vilka riktningar översättningsprocesserna rör sig är inte möjligt att kontrollera fullt ut. Men detta gör inte att man måste betrakta översättningar som godtyckliga och omöjliga att påverka. Låt vara att dessa alltid äger rum i mer eller mindre komplexa sammanhang av frågor och aktiviteter som pågår både parallellt och på tvärs och vanligen med ett betydande antal personer inblandade.

Dokumentationen av projektet Närvård i västra Sörmland är anmärkningsvärt välgjord vad gäller genomförandet. Styrgrupps- och projektgruppsmöten beskrivs omsorgsfullt i termer av frågor, delprojekt, planer och uppföljning av vad som har gjorts. Mötesfrekvensen är hög. Även delprojekt och aktiviteter dokumenteras på motsvarande sätt. Dessa underlag är, ur ett forskningsperspektiv, av mycket hög kvalitet och följaktligen väldigt användbara.

Genom att följa dessa anteckningar över tiden framgår tydligt hur tolkandet av idéer om Närvård i västra Sörmland pågår i en rad olika sammanhang. Den som leder projektet har många kontakter, möten och aktiviteter att hålla reda på och en svår och utmanande uppgift i att synkronisera allt detta. Utan hög simultankapacitet, mycket energi och ett betydande tålamod förefaller det svårt att hantera ett projekt av den här typen. Att förklara och diskutera, lyssna men också övertyga är ständiga ingredienser i arbetsvardagen. Att plocka upp idéer, att förädla dessa och att förankra dem i olika sammanhang är andra viktiga delar. Det kan närmast liknas vid ett slags socialt och mentalt skrädderi för att utveckla verksamheter och ibland stöpa om dem. Ett hantverk som kräver diplomati men också att vara pådrivande när saker och ting stannar upp. För det gör de. Om och om igen.

En annan central aspekt på projektet Närvård i västra Sörmland handlar om att skapa begrepp. Det är sedan tidigare känt inom kognitionsforskningen att begrepp är centrala för tolkningar av och förväntningar på både företeelser och skeenden (Berger och Luckmann 1966). Inte sällan underskattar chefer och andra som leder den här typen av arbete vikten av att arbeta med begreppsbildning. Vanligen tänker man sig att det hela slutar med att man informerar folk om förändringarna. Och med detta är den mentala sidan av saken ur världen. Så är det inte. Det slutar inte med att man informerar. Det är då det börjar – arbetet med att tolka och förstå. Som chef har man bara att förhålla sig till om man vill eller inte vill engagera sig i det tolkande som sätts igång av informationen man lämnar. Nu pratar folk med varandra, vid kaffet, över lunchen, i korridoren. Lyckas man hålla ihop de här processerna där tolkandet pågår kan man nå

ett centralt mål och en viktig förutsättning för att kunna samarbeta kring hur det nya ska göras. Är man mindre framgångsrik med detta kommer tolkningarna att spreta, många olika innebörder florerar och det man ibland kallar samsyn att saknas.

Det finns andra aspekter på medvetenheten om projektet. Under våren 2016 uppfattar projektgruppen att det går lite trögt på sina ställen. Något som inte i första hand har att göra med projektet som sådant. Men projektet pågår i miljöer och sammanhang där också annat ska göras. Både chefer och medarbetare är splittrade av en mängd engagemang, uppdrag och möten som de i hög grad är förhindrade att styra och endast i viss utsträckning kan prioritera själva. Det beslutas om en pubkväll dit ett stort antal personer ska bjudas på mat och möjlighet att på egen bekostnad ta något att dricka. I projektgruppen sitter ett antal verksamhetschefer från landstinget och man enas om att försöka se till att chefer från kommunerna i länsdelen också ska komma. Det gäller att skapa både energi och engagemang. Det blir också en mycket lyckad kväll. Presentationer av vad som har gjorts, håller på att göras och ska göras visar på framåtskridande. Samstämmigheten om ambitionerna och målen med projektet är stor och uppenbarligen förtroendeingivande. Deltagarna är engagerade och diskussionerna bra. Ett par steg till har tagits i arbetet med att översätta idéerna om närvård i de lokala kontexter där de succesivt håller på att omsättas i förändrad praktik.

Man kan fundera över att beskriva projektledning som översättningsarbete. Varför inte förändringsledarskap? Eller bara projektledning? Ett skäl är att mycket av det som skrivits om förändringsledning och om projektledning har en förhållandevis rationell och lite administrativ ton i beskrivningen av hur sådant arbete går till (Blomberg, 2003; Tyrstrup, 2005). Det finns en uppsjö av modeller som gör anspråk på att visa hur projekt förbereds och genomförs med de allra bästa resultaten. Empiriska studier däremot visar att huvudregeln är att projekt misslyckas. Åtminstone när det gäller organisationsförändringar och organisationsutveckling (Kotter, 2007). Översättningsteori tar i princip inte ställning till om människor är rationella i sitt agerande eller inte.

Däremot pekar dessa teorier på att det finns kognitiva begränsningar vilka måste kompenseras med tid. Och det här är centralt. Att förstå något är ett arbete, en process som handlar om de insikter som växer fram genom tolkningar. Det har sagts tidigare men förtjänar att upprepas – chefer har en tendens att tro att när man har informerat så är saken klar. Men det slutar inte med information. Det är där det börjar. Och här är översättningsteori fullständigt explicit medan teorier om projektledning och förändringsledarskap i bästa fall antyder detta.

En annan fördel är att teori om projektledning och förändringsledarskap ofta tar utgångspunkt i motivation och inte minst i motstånd. Människosynen andas rigiditet och ovilja att ändra. Översättningsteori tar inte ställning till detta men påpekar att vad som förefaller vara motstånd, eller brist på motivation, istället kan handla om generella kognitiva begränsningar. Ifrågasättandet kan tolkas som motstånd när det kanske bara är någons strategi för lärande och att tillgodogöra sig något nytt. I andra fall kan motstånd helt enkelt vara ett uttryck för komplexitet i betydelsen att många olika grupperingar med varierande uppdrag och intressen ska fås att samarbeta. Inte sällan uppstår då kollisioner mellan logiker och prioriteringar, som innebär att balanserade avvägningar behöver göras av var och en av de inblandade. Att inte anamma ett koncept ”fullt ut” behöver alltså inte tyda på ovilja att förändra, utan kanske bara är en konsekvens av strategier människor har för att få vardagsarbetet, med alla dess olika uppgifter och krav, att gå ihop.

För fullständighetens skull ska en sak påpekas. När översättningsprocesser diskuteras här blir, med nödvändighet, komplexiteten i de miljöer där de äger rum kraftigt förenklad. Man kan kanske säga att översättandet rycks ut ur sitt sammanhang och då alltså annat som pågår runt och ibland sannolikt på tvärs med översättningsprocesserna. Allt det brus och nojs som pågår samtidigt, i termer av kommunikation och tolkningar, bidrar naturligtvis till att försvåra och ibland sannolikt förhindra översättandet.

I den meningen har översättningsteori en rad konsekvenser för vad som är ändamålsenliga sätt att arbeta med förändrings- och utvecklingsarbete.

Preliminära analyser av projektgruppens arbete pekar på en medvetenhet i den riktningen även om det naturligtvis också finns potential till förbättringar i det här avseendet (se vidare i slutsatser, avsnitt 4).

3.1.4 Översättning och behoven av att konsolidera uppfattningar

De intervjuer som har genomförts inom ramen för projekt Närvård i västra Sörmland visar tecken på otydlig målbild. Inledningsvis och under ganska lång tid rådde det betydande oklarheter dels kring projektets syften, dels gällande ansvar, roller och förväntningar hos de inblandade. Med tiden växte uppfattningen sig starkt att uppdraget behövde förtydligas. Detta skedde också i olika konstellationer och vid ett antal olika tillfällen. Bland annat deltog följeforskarna vid två tillfällen, sensommaren 2014 och under våren 2015, i workshops med projektets styrgrupp. Vid första tillfället deltog styrgruppen förstärkt med projektledare och ytterligare någon person med god inblick i närvårdsarbetet. Våren 2015 hade gruppen utökats även med landstingspolitiker som hade ansvar för vårdfrågorna samt det dåvarande finanslandstingsrådet. Även workshops har hållits där styrgruppen och projektgruppen har träffats och arbetat.

Sammantaget har mötena stärkt graden av samsyn kring vissa centrala idéer, definitioner och avgränsningar. En ännu pågående analys av protokoll från dels styrgruppen, dels projektgruppen antyder emellertid att det finns en betydande dynamik i hur idéer utvecklas i de båda konstellationerna. Det kan finnas skäl att med rimliga mellanrum ha den här typen av genomlysningar av ett projekt av Närvård i västra Sörmlands omfattning och komplexitet. När en workshop avslutas, där både styr- och projektgruppen deltagit, inställer sig gärna en känsla av att alla nu, åtminstone i de väsentliga delarna, har samma bild av både vad som pågår och vad som ska hända framöver. Även om detta måhända där och då är en rimlig beskrivning bör det nog inte tas till intäkt för att detta skulle vara stabilt över tiden.

Det pågår processer även i de sammanhang där människor arbetar med de här idéerna och prioriteringarna, som leder till att idéer och prioriteringar då och då stöps om eller korrigeras. Med tiden kan dessa ha ändrats väsentligt mellan dem som vid en tidpunkt var så rörande överens.

3.1.5 Översättning och arbetet på olika nivåer

Utan gemensam översättning av exempelvis det övergripande målet eller uppdraget finns risken att flera "sanningar" blir gällande inom verksamheten. Något som kan få stora konsekvenser. Om en person inte förstår varför vederbörande ska förändra sitt arbetssätt (dvs. hur detta arbete knyter an till de övergripande målen), varför ska man förvänta sig att hon eller han anstränger sig att vara med och förändra arbetet lokalt? Ett *vad* och *hur* utan ett *varför* är som ett skämt utan poäng. Skrattet och munterheten ersätts av undran och en obekväm osäkerhet.

Ett sätt att öka möjligheten till insikt och förståelse bland medarbetarna är ett närvarande ledarskap, dvs. att cheferna frekvent rör sig ute i verksamheten, alltså "på golvet" som det ibland benämns. Närvaron som sådan tolkas som ett tecken på att chefer anser att en viss fråga eller verksamhet är angelägen. Så angelägen att man faktiskt tar sig tid att besöka dem som arbetar med frågan eller i verksamheten. Dessa möjligheter till möten och samtal är för övrigt strategiska i översättningsarbetet när det gäller att som chef kunna delta i det lokala anpassningsarbetet. Och naturligtvis det omvända.

Av intervjuerna framgår att detta inte förekommer i den utsträckning som är önskat. Vårdpersonalen inom en mottagning på en ort i västra Sörmland påpekade att deras verksamhetschef aldrig hade besökt dem trots att det hade gått ganska lång tid sedan personen tillträdde sin befattning. Två saker bekymrade dem särskilt med detta. För det första ville de personligen framföra förslag till nya kontaktvägar mellan dem och moderkliniken när det gällde kommunikation om medicinering. Preparat man visste inte fungerade på en viss patient kunde trots detta sättas in när patienten togs in

på sjukhus, och försök att via mejl och liknande få uppmärksamhet kring frågan hade inte lyckats. Läkarna tillmätte inte sköterskornas journalanteckningar någon betydelse – i den utsträckning de alls läste dem. Det var föreställningen på orten. Man hoppades att ett personligt besök skulle leda till förbättrad samverkan och att sköterskornas erfarenheter av de olika patienterna kunde tas tillvara i ett mer gemensamt vårdarbete.

För det andra, och minst lika viktigt, är att medarbetarna på mottagningen tolkade det faktum att något besök inte förekommit som ett tecken på att verksamheten skulle läggas ner. Något dessa medarbetare hade förväntat sig, i det här fallet ett besök, skapar behov av en tolkning när förväntningarna inte infrias. Ur ett ledarskapsperspektiv kan man alltså konstatera att det inte går att låta bli att kommunicera. Även att inte säga något, eller att inte göra något, får sin innebörd av de som av något skäl har uppmärksammat detta. Att inte besöka mottagningen i västra Sörmland skapade en lokal berättelse om ett förestående nedläggningsbeslut.

3.1.6 Översättning – sammanhangs- och identitetsskapande

Ett perspektiv som kan läggas på översättningar handlar om sammanhang och hur man själv, som individ eller som grupp, ska förhålla sig till de sammanhang man uppfattar. Müllern och Nordin (2013) skriver t.ex. att ”en viktig del av arbetet med att utveckla ett team handlar om förmågan att transformera en övergripande vision som är anpassad för teamet. Utan denna ”översättning” till teamnivå riskerar den övergripande visionen att endast bli en fras som upprepas men som inte har någon praktisk betydelse” (Müllern och Nordin, 2013). Att vara effektiv inom en enskild del innebär inte per automatik effektivitet på ett mer övergripande plan. Effektivitet inom en enskild del kan leda till att varje enhet eller team blir sitt eget stuprör. Att enas om att ”sätta patienten i centrum” och erbjuda bästa möjliga vård och omsorg kräver att man diskuterar olika helheter och sammanhang för att lyckas.

Man måste ställa frågor av typen; Vilka andra, utöver dem i vårt team, arbetar med den här patienten? Frågorna måste dessutom följas upp av att man träffas och diskuterar hur man arbetar, hur man skulle kunna arbeta och hur man ska samverka. Där och då, i just det rummet och de samtal som pågår där, finns ett lite större sammanhang närvarande. Det sammanhang som ”vårt team” är en del av finns representerat. Identiteten som medlem i teamet är naturligtvis viktig. Men man kan också uppfatta sig som arbetande i närvården i västra Sörmland eller kanske vården och omsorgen i Katrineholm.

Översättning är ett mentalt arbete med stora behov av kommunikation mellan alla dem som är med och bildar olika sammanhang – olika kontexter. Det finns ett mönster i materialet som ligger till grund för den här rapporten. Förhållandevis ofta pratar de intervjuade om roller, och inte minst behoven av att förtydliga rollerna. Detta är samtidigt ett sätt att titta på uppdelningar och i förlängningen gränser. Alltså det som av och till ger upphov till organisatoriska mellanrum (mer om detta alldeles strax). Det här mönstret att ”prata roller” framträder mot bakgrund av något som det pratas mindre om, nämligen relationer. Ofta handlar det om att relationer inte är så goda – mellan orter, mellan professioner eller kanske olika personer. Ibland har relationerna förbättrats. Ibland är de riktigt bra. Men det finns något djupare i detta och det finns skäl att komma tillbaka till roller och relationer i slutsatserna.

3.2 Organisatoriska mellanrum

I projektbeskrivningen för Närvård i västra Sörmland står det att begreppet organisatoriska mellanrum (Tyrstrup, 2007) är en av de huvudsakliga utgångspunkterna för arbetet. Organisatoriska mellanrum är ett sätt att förstå varför samverkan i allmänhet och över organisatoriska gränser i synnerhet, är så svår att åstadkomma.

Begreppet utgår från att värdeskapande alltid är en fråga om att integrera saker – exempelvis resurser, kompetenser och aktiviteter.

I vården kan det handla om läkemedel, terapier, olika specialisters bedömningar och insatser som rätt kombinerade genom en integrationsprocess blir till en behandling av en patient med Parkinsons sjukdom. Värdeskapandet kan gälla produkter eller tjänster. Och en tjänst definieras här som att någon utför något vilket någon annan kommer att få nytta av (Tyrstrup, 2014). I den meningen är sjukvård organisationsteoretiskt att betrakta som mer eller mindre kvalificerade tjänster.

Tar man utgångspunkt i att värdeskapande handlar om att integrera saker kan man fundera över hur detta kan gå till. Vilka modeller, alternativt vilka logiker, kan tillämpas för att åstadkomma integrering?

Först kan det konstateras att integrering alltid innehåller ett mått av att också synkronisera. Tiden måste tas med i bilden vilket egentligen bara är ett annat sätt att säga att integrering alltid sker i processer. Det kan vara en kort eller en lång process. Det kan vara en process som innefattar många beslut och överväganden eller en där det inte behövs några beslut alls annat än möjligen ”start” och ”stopp”. Och det kan finnas processer som är mycket väl kända på förhand och därför standardiserade och kontrollerbara. Andra processer saknar de här dragen av att vara ”en metodik”.

De är en serie beroende aktiviteter och händelser som utspelar sig över tiden utan ett på förhand känt utseende. Med detta sagt kan två huvudlogiker för integrering presenteras och illustreras (jfr. figur 2).

INTEGRATIONSLOGIK	Utgångspunkt	Organisering av	Fokus på
Hierarkisk modell	Dela upp	Enheter	Gränser
Nätverks- och projektmodell	Foga samman	Relationer	Sammanhang

Fig 2. Logiker för integrering

Den första logiken för integrering baseras på att man *delar upp*. Detta är en av 1900-talets stora idéer om organisation såväl inom tillverkningsindustrin som inom privat och offentlig förvaltning. Arbetet delas upp, ansvar delas upp liksom befogenheter. Grundtanken är enkel. Ökad specialisering leder till större effektivitet och högre produktivitet. Om människor kan ha fokus på ett par väldefinierade moment kommer de också att kunna bli extremt bra på att utföra de aktuella uppgifterna. Dessutom förvärvar man mer erfarenhet per uppgift och tidsenhet om man inte håller på med många olika arbetsuppgifter. En hel del omställningstid försvinner också. Det behövs nämligen färre skiften från en uppgift till en annan än vad som är fallet för mångsysslaren.

Om man tillämpar *uppdelning* som fundament för hur man organiserar för värdeskapande så kommer de olika befattningar, enheter, avdelningar etcetera som uppstår att bli det centrala och det man organiserar. Man kan beskriva organisationen som att den består av dels den här avdelningen, dels den där avdelningen. Och den som har den här befattningen ansvarar för de här uppgifterna medan den där befattningen har den här funktionen. Därför blir också *gränser och gränsdragningar* viktiga. Det här är vårt ansvar men inte det där. Det är någon annans ansvar. Vi har den här budgeten och de här målen. Och den där avdelningen ska uppfylla de där målen och har en egen budget för detta. Mycket av tiden i en organisation som baseras på uppdelning (vilket gäller de flesta) går åt till att diskutera, dra och ompröva gränser.

Den andra logiken för att åstadkomma integrering, och en som känns naturlig i 2000-talets många nätverks- och projektbaserade organisationer, handlar om det direkt omvända. Man tar inte utgångspunkt i att aktiviteter och resurser ska delas upp utan att de ska *fogas samman*. Utgångspunkten är att det finns olika specialister, olika metoder etcetera, och att dessa ska sättas samman till en mer eller mindre kvalificerad tjänst. Tänker man i termer av *foga samman* är inte de separata enheterna lika intressanta som *relationerna* mellan de olika människor eller aktörer vars expertis och kunnande ska kombineras till den aktuella tjänsten. Goda relationer och erfarenhet av tidigare samarbete avgör hur

produktivt saker och ting åstadkoms. Där logiken ”dela upp” landar i gränsdragningar, hamnar istället logiken ”foga samman” i samproduktionen av något större än delarna. Och relationer utgör fundamentet för att kunna hantera sammanhang. Sammanhang som kan vara mycket begränsat kända inledningsvis och till och med ändra karaktär över tiden.

Det är viktigt att påpeka att båda dessa logiker har sina berättiganden. Var och en av dem är mer ändamålsenlig under vissa förutsättningar och följaktligen mindre funktionell under andra. Dock kan det hävdas att den mindre vanliga logiken – nätverks- och projektmodellen – är den som rimmar bäst när det handlar om kvalificerade tjänster som exempelvis vård och omsorg. Den hierarkiska modellen – där chefer måste lösa många av integreringsproblemen – bygger på att verksamheten innehåller förhållandevis få undantag från vad som låter sig hanteras med hjälp av rutiner. Man kan säga att ju mer en verksamhet kräver ständig situationsanpassning, desto sämre är den hierarkiska modellen som stöd för arbetet.

I de fall en verksamhet drivs av professionella, och arbetet utmärks av att dessa också svarar för arbetsledning och besluten i den löpande verksamheten, har den hierarkiska modellen betydande begränsningar. Åtminstone vad gäller att underlätta den dagliga verksamheten. (Undantag kan vara att svara för bemanning och planeringen av denna och liknande). Det är snarare horisontellt än vertikalt som flödena i verksamheten måste hanteras. Det gör också att rollen som chef och ledare ser väldigt olika ut inom de båda logikerna. I den hierarkiska modellen, med dess betoning av enheter och gränser, utövas ledarskapet ”över” de olika enheterna och den verksamhet som bedrivs inom dessa. I nätverks- och projektmodellen behövs ledarskapet snarare ”i” de aktuella relationerna och ”mellan” de olika aktörerna som är inblandade i den pågående samproduktionen. I den hierarkiska modellen är ”generalen” möjligen en tänkbar metafor för ledarskapets roll och uppgift. I den mer nätverks- och projektorienterade modellen beskriver ”diplomatens” ledarskapets roll och uppgift bättre. Här handlar det ju om olika aktörer med i vissa avseenden divergerande agendor och betydande självständighet vars aktiviteter ska fogas samman till ett önskvärt resultat.

I väl avgränsade och linjära system (vid exempelvis massvaccinering eller starroperationer) är organisatoriska mellanrum lite mera sällsynta. Komplexiteten kan visserligen vara hög men inte på ett oförutsägbart sätt. Det går att tala om en viss standardisering och att denna dessutom tillåter repetition utan alltför omfattande anpassningar till det enskilda fallet. Ett annat sätt att uttrycka saken är att undantagen är få och hanterbara. Talar vi däremot om äldre multisjuka personer, som ju är viktiga mottagare av närvård i västra Sörmland, är situationen radikalt annorlunda. Risken att de, men också deras anhöriga, hamnar i organisatoriska mellanrum är överhängande. Variationerna är stora i termer av åkommor, vårdbehov och livssituationer. Men också vad man kan klara och inte klara respektive hur anhörigsituationen ser ut. Här är alltså avvikelser och undantag det normala.

Det kan vara värt att göra en radanmärkning här, nämligen att de mellanrum som har diskuterats ovan är sprungna ur organiseringen av vården som produktionsapparat och system. Kanske kan man till och med tala om en sorts internt genererade potentiella mellanrum. Och följaktligen kan man också tala om en form av externt genererade mellanrum. Mellanrum som uppkommer eftersom det finns externa gränser och gränsdragningar och, på så sätt, kan bidra till att det uppstår organisatoriska mellanrum.

En stor källa till gränser i samhället är lagstiftning. Lagstiftning kan exempelvis handla om vem som har ansvar för något, vad detta ansvar gäller och på vilka villkor. Även riktlinjer för vården är en källa till gränsdragningar. När vårdverksamhet granskas, som här med ett inifrånperspektiv, är det viktigt att komma ihåg att verksamheten penetreras av ett betydande antal externt skapade gränser. Och just närvård, som ju är en angelägenhet för både kommuner och landsting, existerar i en kontext där flera ansvariga bidrar med gränsdragningarna (jfr Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen). På olika nivåer och från olika positioner. Majoriteten av dessa har inte koordinerat de gränser de har skapat med andra. Komplexiteten växer och hamnar bortom allas och envars kontroll och överblick. Att raljera över detta är naturligtvis enkelt. Detsamma gäller att driva med de ibland extremt absurda konsekvenser dessa gränsdragningar kan få.

Men man måste hålla i minnet att många gränsdragningar som i det enskilda fallet ger upphov till organisatoriska mellanrum är konsekvenser av politiska ambitioner översatta till lagar och föreskrifter. Eller, annorlunda uttryckt; konsekvenser av demokrati och ambitionen att tillgodose flera goda värden samtidigt.

3.2.1 SKILS, Mobila äldre-akuten och organisatoriska mellanrum

För att det ska göras likvärdiga medicinska bedömningar, ställningstaganden till vård och behandling och att vård och behandling ges på rätt nivå har en strukturerad modell utvecklats. Modellen kallas SKILS, en förkortning av Sörmlands Kommuner I LandstingsSamverkan, och är ett exempel på vad som tidigare beskrevs som begreppsbildning. En central fråga är hur patienter vilka bor i en kommuns särskilda boenden, eller får hjälp inom hemsjukvården, ska bedömas medicinskt av kommunens vårdpersonal. Löpande ska hälsostatus och eventuella behandlingsbehov bedömas av medarbetare i olika delar av närvården. För detta behövs dels en strukturerad metod för bedömningarna, dels en form för att överföra informationen till medarbetare inom landstinget. SKILS är den modell som utvecklats för att lösa de här båda uppgifterna. SKILS ska alltså förhindra att patienter hamnar i organisatoriska mellanrum.

När modellen varit i bruk ett tag gjordes en uppföljning med sjuksköterskor inom kommunen rörande användningen av modellen. Bedömningsunderlagen diskuterades, liksom hur de skulle användas. Man berörde också att och hur SKILS ska fungera som underlag för vårdstatistik.

Sjuksköterskorna i de aktuella kommunerna var mycket nöjda med materialet men menade att det ibland kan vara svårt att arbeta i linje de nya rutinerna. Några veckor senare framgick det också av en uppföljning att ett antal patienter, vilka skulle ha behandlats av mobila äldre-akuten och alltså inom närvården, istället har kommit till akuten på Kullbergsska sjukhuset från särskilt boende. Skälet var att tillämpning av SKILS hade brustit.

En enhet som både ska använda SKILS och kunna tillkallas efter att någon annan gjort en SKILS-bedömning är Mobila äldre-akuten. Efter uppstarten i september 2015 visade sig ett antal inkörningsproblem i det som alltså kallas Mobila äldre-akuten. Läkartjänsterna är svåra att bemanna fullt ut. De läkare som är knutna till verksamheten åker på de uppdrag de hinner – med motivet att varje besök på akuten som kan undvikas är en framgång. Som mest är ett tjugotal patienter inskrivna i verksamheten. Nya doktorer är på ingång men frågan uppkommer om man ska lägga verksamheten på is tills man är bättre bemannade. Vissa sjuksköterskor plågas av att avvisa patienter, patienter som riskerar att hamna i organisatoriska mellanrum, eftersom det inte finns någon läkare tillgänglig. Någon hjälp står inte heller att finna på Kullbergska sjukhuset där läkarna är svåra att avvara. I vissa fall är de, som nämndes tidigare, helt enkelt inte intresserade av den här typen av vårdarbete och avstår av det skälet. Situationen påverkas med tiden också av att i vissa fall har inte SKILS-rutinen tillämpats som det är tänkt. Och kanske lika bra det när bemanningen ändå är knapp. Patienter som skulle fått hjälp av mobila äldre-akuten har skickats till akutavdelningen istället.

Samverkan över organisatoriska gränser är en vanskelig sysselsättning. Detta gäller såväl i landstinget som mellan landstinget och kommunerna i närvårdsprojektet. Detta leder i sin tur till att projektgruppen, eller personer i denna, måste arbeta en hel del med att hantera den här typen av fallerande situationer. Det är just så handarbetet ser ut när sättet att organisera verksamhet får ändrade eller helt nya sömmar. Till exempel nya kontaktytor eller sätt att länka samman eller kanske länka in i varandras aktiviteter. Sannolikheten att lyckas får därför ofta kompenseras med antalet försök. De organisatoriska mellanrummen är precis lika bångstyriga som de översättningsprocesser där idéerna för att överbrygga mellanrummen äger rum. Med tiden ska SKILS utvecklas till ett väl fungerande verktyg för samordning av olika behandlingsinsatser.

3.2.2 IT i närvården

Utvecklingen av närvården i västra Sörmland visar på både behoven av och möjligheterna med att utnyttja IT som ett verktyg i arbetet. De projekt där videomöten testats har måhända uppenbarat fler svårigheter än väntat. Även här finns problemen i detaljerna. Men diskussionerna inom och runt projektet pekar mot att det finns många områden där IT kan effektivisera arbetet och överbrygga de olika sorters avstånd som finns i Sörmland. En del idéer är mer visionära – exempelvis möjligheten att ”gå ronden” på Skype. Andra är mera närstående i tiden och handlar om surfplattor och videomöten som plattformar för att arbeta med vårdplanering.

Just vårdplaneringen via videomöten var ett av delprojekten för att utveckla närvården i västra Sörmland. Här skulle sjukhuset, vårdcentraler, kommunens hälso- och sjukvård, psykiatrin, socialpsykiatrin samt biståndshandläggare kunna arbeta tillsammans och direkt med patienterna och i förekommande fall även anhöriga. Ett initialt problem handlade om att alla inte hade samma beredskap för att arbeta med videomöten. Inga kommuner hade tekniken och kompetensen varierade mycket när den inte saknades helt.

Även benägenheten att använda videomöten varierade. Inledningsvis var det naturligt att blanda försöksverksamhet med de tidigare modellerna för att göra gemensam vårdplanering – alltså fysiska möten alternativt telefon. Med tiden föreföll de mer IT-mogna kommunerna benägna att enbart delta via video och från lite olika plattformar (konferensrum, stationär dator eller olika möjligheter som mobil och surfplatta).

Den vårdpersonal, såväl inom kommunerna som på landstinget, som deltagit i vårdplanering via videomöten är mycket nöjda med arbetsformen. Patienter som deltagit har uttryckt motsvarande. Särskilt möjligheten att kunna se de personer som kommer att komma hem till en har beskrivits som en av de stora fördelarna. Vårdpersonalen får så att säga ett ansikte redan i vårdplaneringen innan det är dags att öppna ytterdörren för dem därhemma.

Ett vårdplaneringsprojekt, där video skulle användas för vårdplanering och samordning, initierades i västra Sörmland. Det skulle leda vidare till ett utvecklingsarbete på länsnivån. Det är därför en PM skickas till Länsstyrgruppen (en styrgrupp för länsgemensam närvård i hela Sörmland) under februari 2016, där bland annat vikten av att ta tekniken på allvar betonas. Det gäller att investera i surfplattor och många andra teknikplattformar för att möjliggöra högkvalitativa videomöten framöver. De invändningar som har kommit från patienter och anhöriga har gällt just kvaliteten på mötena – den tekniska kvaliteten. Suddiga bilder och folk som faller ur mötet hela tiden ger inget habilt intryck. Teknisk kvalitet är en central del i att skapa trygghet i att vårdplanen blir bra och att den också kommer att genomföras på ett tillfredsställande sätt.

Potentialen i närvård, kopplat till möjligheterna att använda IT, är stor. Väldigt stor. Dels för att mobilitet är strategiskt i närvård, dels för att kommunikation – verbalt, visuellt men också transmissionen av data – kan underlätta vård- och omsorgsarbetet dramatiskt.

Skälet till att ta upp exempel här, under rubriken Organisatoriska mellanrum, är att det illustrerar hur potentiella mellanrum kan elimineras. Eller åtminstone hur man kan minska både mellanrummen och sannolikheten att de uppstår. Det här är alltså ett exempel på vad projektet Närvård i västra Sörmland ska åstadkomma. Bättre vårdkvalitet genom att ersätta organisatoriska mellanrum med gränsöverskridande samverkan. Vårdplanering med videolösningar gör just detta. Telefonmöten eliminerar samma restider som försvinner när video ersätter både telefonmötena och att träffas personligen. Men videomöten kombinerar fördelarna med telefonmöten med fördelarna av att träffas fysiskt. Den förnyelsepotential tas tillvara som de organisatoriska mellanrummen kring vårdplanering annars riskerar att skapa då och då.

3.2.3 Försvunna frågor – att leta ansvariga i de organisatoriska mellanrummen

Under februari 2016 får projektgruppen för Närvård i västra Sörmland i uppdrag att ta fram ett underlag för vad som ska ingå inom de olika klinikerna inom Samlad mottagning vid Kullbergsska sjukhuset i Katrineholm. Förslaget ska förtydliga vad som ska finnas inom ramen för Samlad mottagning. Utgångspunkten är den närvårdsdefinition man arbetar i enlighet med och de förslag de olika verksamhetscheferna har lämnat i delprojektet.

Saken kompliceras av att det pågår ett stort arbete i hela länet för att förnya landstingets lokaler. En del handlar om nybyggnationer, andra gäller att renovera de befintliga lokalerna. Även Katrineholm och Kullbergsska berörs. Och under våren 2016 aktualiseras lokalfrågorna i delprojektet om Samlad mottagning. Men även den utökade dagvårdsverksamheten, som är en del av närvårdsstrategin, behöver lokaler. Och lokalfrågor tenderar att bli tämligen komplexa och inte sällan föremål för en hel del känslouttryck när de ska lösas.

Lokalfrågor är naturligtvis relevanta för projektgruppen och dess arbete med några av delprojekten i Närvård i västra Sörmland. Men det är inte en fråga som kan hanteras av gruppen. Lokalerna och deras användning berör ett stort antal verksamheter och hanteras av en central programsamordnare samt i en styrgrupp för fastighetsfrågor som leds av Landstingsdirektören. Besluten tas enligt delegationsordningen, vilket innebär Landstingsstyrelsen vid större kostnader. I förlängningen av detta, och vad gäller de frågor om lokaler som berör närvårdsprojektet, är projektets styrgrupp den naturliga arenan.

Vid ett styrgruppsmöte under våren 2016 aktualiseras frågan i ljuset av att det är brist på lokaler och det är oklart vad som pågår när det gäller ombyggnation. De senare förefaller ha fallit i dvala för att citera styrgruppsanteckningen från ett efterföljande möte. Vid detta senare möte har projektledaren gjort en del försök att reda ut var frågan befinner sig i systemet och vem som har ansvaret för att driva arbetet. Av den person som samordnar ombyggnationerna på Kullbergsska har projektledaren fått veta att några beslut inte har

fattats med ett undantag: att en ny kirurgmottagning ska byggas med start månadsskiftet maj/juni 2016 och planerad invigning sommaren 2017. Det som också framkommit är att inga lokaler går att använda för ny verksamhet utan att först renoveras. En utökad dagvårdsverksamhet är, i ljuset av detta, inte möjlig att starta upp förrän renovering är klar av de lokaler som kommer att vara aktuella i så fall. Detsamma gäller en verksamhet som är på förslag där patienter ska kunna komma för att göra självdialys.

Ordförande i landstingsstyrelsen har också kontaktats för att se om det gick att få klarhet den vägen. Frågan, menar landstingsrådet, har hamnat i någon form av vakuum (organisatoriskt mellanrum är termen som används här) och att det är oklart, även för landstingsrådet, vem som har hand om saken. Det behövs helt enkelt en omstart av arbetet. Landstingsrådet lovar att komma med besked till projektledaren så snart några sådana finns att lämna. Ett samtal med hälso- och sjukvårdschefen visar att inte heller där finns några besked att hämta. I avvaktan på någon form av beslut ligger ansvaret i ett organisatoriskt mellanrum i väntan på att någon får i uppdrag att ta detta – alltså ansvaret.

3.2.4 Ekonomi, avstånd och organisatoriska mellanrum

Ansvaret för patienternas vård och omsorg faller på olika huvudmän och samverkan mellan dessa sker och lyckas i lite olika omfattning. Ett exempel på samverkan är de aktiviteter som genomfördes i västra Sörmland för psykospatienter, där en person från kommunen och en från landstinget deltog ca en gång i månaden. Det kunde handla om saker som att titta på en hockeymatch eller gå på bio tillsammans, alternativt åka på en utflykt. Aktiviteterna betydde mycket för såväl patienterna som vårdpersonalen. För patienterna innebar det något att göra och se fram mot. Vidare skapade dessa aktiviteter mötesplatser mellan kommun och landsting vilket skapade förståelse för varandras arbete. Tyvärr fick samverkansaktiviteterna avslutas då landstinget menade att denna typ av sysselsättning var kommunens ansvar.

En bakomliggande förklaring till att aktiviteterna avslutades ligger i att ekonomin är uppdelad så att kommunen och landstinget agerar utifrån sina olika plånböcker. Patienterna går så att säga över gränserna, men det gör inte pengarna. Saken förvärras dessutom av att chefer många gånger fattar beslut utan att ha satt sig in i vad det är för verksamhet. Det finns en tendens till att besluten fattas på "avstånd" - avstånd som är geografiska, organisatoriska och administrativa eller hierarkiska. Mot detta står att de ansvariga ofta har ganska breda områden att sköta och deras möjligheter att sätta sig in i de verksamheter de är ansvariga för är dåliga. En form av paradox skymtar - desto större ansvar ju sämre är förutsättningarna att ta detta.

Exemplet kan även betraktas ur det översättningsperspektiv som diskuterades tidigare. Anledningen till att aktiviteterna fick avslutas var alltså att "fel" huvudman arrangerade, i meningen betalade för, insatserna. De beslut som fattades togs ur ett annat perspektiv än ambitionerna med närvårdsprojektet i åtanke. Referensramen handlade inte om den strategiska satsningen på närvård utan om huvudmannaskap och budgetprinciper. Ur det förstnämnda perspektivet är beslutet egendomligt. Ur det senare fullständigt logiskt. Beslutet att lägga ner verksamheten står inte uppenbart i samklang med närvårdsprojektets grundläggande ambitioner. En sådan är ju att skapa samverkan mellan landstinget och kommunerna i västra Sörmland inom närvården.

Det finns emellertid ytterligare knepigheter. När ansvaret för patienterna ligger hos flera huvudmän blir det alltså svårare att genomföra gränsöverskridande aktiviteter. I exemplet ovan så ankommer medicinska frågor och bedömningar på landstingets medarbetare, medan frågor om sysselsättningar av olika slag ska hanteras av kommunens medarbetare. Hade psykospatienternas utflykter bedömts som en form av terapier hade måhända verksamheten fortsatt. När de betraktades som sysselsättning föll det utanför landstingets ansvar. Något hände där i mellanrummet mellan gränserna för vad som är att betrakta som terapi respektive sysselsättning. Ur patienternas och deras anhörigas perspektiv blir det hela naturligtvis ganska obegripligt.

Psykospatienterna hade en i viss mening väl fungerande närvård, om man betraktar deras aktiviteter som rehabilitering. Dessa togs bort på grund av hur det ekonomiska ansvaret är fördelat vad gäller fritidsaktiviteter. Det var så man inom landstinget klassificerade aktiviteterna och med det gick en landstings- och kommun-gemensam aktivitet förlorad. Det ska påpekas att det är omöjligt att överblicka konsekvenserna och överväga alla perspektiv som kan läggas på en åtgärd. Men en sak förefaller säker. Ju tydligare verksamheter delas upp i ansvarsområden och förses med gränser, desto otydligare framstår det hela för patienter och anhöriga.



Närvårdsutveckling – ett dagboks- perspektiv

En god idé hade etablerats inom delar av ledningen för hälso- och sjukvården inom Landstinget Sörmland.⁶ Visionen att bli landets hälsosammaste län 2025 skulle bland annat infrias genom en lika enkel som tydlig idé – en satsning på att utveckla närvården i länet. Men det skulle visa sig bli allt annat än enkelt. En mycket komplex förändringsprocess skulle komma att möta de som med stor entusiasm gav sig in i arbete. Det fanns även ett sjukhus med i bilden, Kullbergska i Katrineholm, med svårigheter att hitta såväl en identitet som en smidigt fungerande verksamhet. Inte så att man var medicinskt okunniga eller lågpresterande. Men i en kontext av länets tre sjukhus, av vilka ett var större och ett betydligt större, verkade Kullbergska i ett potentiellt ingenmansland ur ett länsperspektiv – något man både kunde ha och mista enligt vissa. Främsta skyddet mot en nedläggning var invånarna i Katrineholm och kravet på politikerna i kommunen att rädda sjukhuset åt Katrineholm med omnejd.

6 I detta kapitel refereras inte till några specifika underlag annat än då dessa *inte* har samlats in, eller ställts samman, inom ramen för följeforskningen kring projektet Närvård västra Sörmland. I övrigt bygger kapitlet på de intervjuer som gjorts i följeforskningen, liksom studier av dokument, protokoll etcetera, utan att kontinuerligt hänvisa till dessa underlag.

En pågående diskussion om nedläggning är ingen bra scenografi om man vill rekrytera medarbetare. Onda cirklar uppstår och i kölvattnet en massa problem i verksamheten och nya argument för att lägga ner. Det är i den kontexten en idé föds. Idén att i västra Sörmland, där Katrineholm är centralorten, bygga ut närvårdsverksamhet med Kullbergska som slutenvårdsenheten för att på så sätt forma en modell för hur hela landstinget – i samarbete med kommunerna – kan skapa framtidens närvård och dito omsorg.

4.1 Uppstarten på en resa mot framtiden

Idén är inte fullt så utvecklad i augusti 2014 som antydde ovan innan man har hittat en lämplig projektledare. En del andra rekryteringar faller också på plats och arenan ligger färdig för att starta arbetet. Hösten 2014 handlar i första hand om förberedelser. Under våren och sommaren 2015 sjösätts sedan delprojekt efter delprojekt. En styrgrupp finns på plats och viktigare än så kanske, en projektgrupp runt projektledaren. Dryga året efter att projektet startade, under tredje kvartalet 2015, pågår ett antal delprojekt, aktiviteter och initiativ. Många vet att något är på gång men informationen är fragmenterad. Som det brukar vara när man startar ett utvecklingsinitiativ.

Hösten 2015 är det många som hör av sig för att få information om hur projektet går. Det bestäms att man ska ha en två timmars informationsträff med de chefer som önskat, men också läkarna på medicinkliniken på Kullbergska som är bland de mest berörda. Fem prioriterade delprojekt väljs ut. Ett handlar om idén bakom projektet som sådant – att skapa alternativ till inläggning på Kullbergska. Man har noterat att det finns en viss slentrian i att lägga in, framförallt när det gäller äldre. Alternativen, att hänvisa en patient till en vårdcentral eller att ta kontakt med kommunens hemsjukvård, behöver man kanske påminna om.

4.1.1 Barnsjukdomarna uppenbarar sig

Senhösten 2015 görs en genomgång av status i de olika vårdprocesserna som sammantagna ska bli Närvård västra Sörmland. Två diagnoser sticker ut. Hjärtsvikt och Kol. Ett antal patienter återinläggs på Kullbergska med tendenser till regelbundenhet. Tolkningen är att något i vårdprocesserna inte fungerar. Sjuksköterskorna på respektive mottagning kallas till ett möte där även medarbetare från den så kallade Mobila äldre-akuten deltar. Vård i hemmet, när detta är möjligt, är en av huvudstrategierna och innebär att överlämning till Mobila äldre-akuten alternativt kommunens hemsjukvård bör övervägas innan man lägger in en patient. Det bestäms att man ska börja med att få ordning på hjärtsviktpatienterna för att därefter fortsätta med KOL-patienterna.

Det visar sig även att arbetet med utvecklingen av SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) inte följer planerna. Projektet har stått stilla och berörda enhetschefer ombeds att gå igenom läget inom respektive enhet. Det bestäms att verksamhetschefen med ansvar för vårdplatserna på Kullbergska ska prata med alla enhetschefer. Detta som en förberedelse för en nystart för delprojektet. Man måste hitta en modell för att stegvis få vård i hemmet att fungera.

Också Mobila äldre-akuten (ett team för uppsökande vårdverksamhet) följs upp. Det görs tillsammans med sjuksköterskor från Katrineholms hemsjukvård. Dialoger pågår även med Flens och Vingåkers kommuner om att gå in i projektet. En samverkansgrupp för Katrineholm bildas med representanter från SÄBO (särskilt boende), hemsjukvård i eget boende, SSIH och Mobila äldre-akuten. Gruppen ska identifiera förbättringsområden, lösa gemensamma utmaningar och diskutera lärdomar från olika avvikelser. På sikt är tanken att bilda motsvarande arbetsgrupper i Flen och Vingåker. Det här ska visa sig bli en av de mest strategiska grupperna för att hålla samman en stor del av samverkansbehoven i hela projektet.

4.1.2 Nya intressenter och nya utmaningar

I november 2015 bjuder projektledaren in en grupp personer boende i Katrineholm till ett möte. Det första i en serie med samtliga berörda kommuner. Tanken är att de ska bilda en referensgrupp med ett patient- och medborgarperspektiv. Man vill också berätta om Mobila äldre-akuten och möjligheterna att använda ny teknik för kommunikation med vården.

Nu börjar också ett antal andra diskussioner. En handlar om framtidens närvårdsavdelning och hur personcentrerad rehabilitering kan ske i samarbete med kommunen. Även idéer om att utforma ett närvårdskoncept som riktar sig till barn börjar ta form. Och mitt i alltsammans får en verksamhetschef som är central för projektet sparken. Läkarna vid kliniken vill ha kvar verksamhetschefen och hotar med att säga upp sig i en omfattning som skulle innebära katastrof. Turbulensen drar till sig medias intresse. Både tidningarna och SVT:s lokala redaktion. I allt detta måste naturligtvis Hälso- och sjukvårdschefen ingripa. Divisionschefen som hade sagt upp verksamhetschefen lämnar sitt uppdrag och en ny verksamhetschef, med ett tidsbestämt uppdrag, rekryteras bland läkarna på kliniken. Detta är vare sig första eller sista gången lokala medier intresserat sig för närvårdsprojektet (se vidare nedan).

Ett av de centrala delprojekten handlar om in- och utskrivningsförfarandet. En av huvudnycklarna till att styra vårdflödena. Det har nämligen visat sig att enhetligheten i hur utskrivningar hanteras är begränsad. Det saknas rutiner. Ibland kontaktas kommunens hemsjukvård, ibland inte. Även omsorgen (och socialtjänsten) kan vara aktuell att kontakta. Det diskuteras hur man ska se på landstingets ansvar för patienterna, och när landstingets ansvar upphör. Närvårdskoordinatorn har hittat en möjlig arbetsmodell och får i uppdrag att implementera denna på de berörda vårdenheterna.

Ett vårdplaneringsteam har bildats tidigare under hösten. Teamet har också börjat arbeta mer systematiskt med kommunernas medarbetare och bedömningen är att vårdplaneringen fungerar allt bättre och bidrar till att samordna kommunerna och landstinget. Arbetet med alternativa former för vårdplanering än fysiska möten stöter

på problem av teknisk natur. Och detta hindrar framåtskridandet i projektet. Man har också provat fasta tider för vårdplaneringen vilket gjort att flera patienter kan bedömas samtidigt och att de rätta kompetenserna kan kallas. Men det här med fasta tider, och den förbättrade koordinering dessa innebar, ska visa sig vara en mer komplicerad fråga än vad man kanske föreställer sig.

4.1.3 Framtidens närvårdsavdelning

Hur kommer framtidens närvårdsavdelning att se ut? Frågan har ställts tidigt i projekt och under hösten 2015 kommer arbetet med frågan igång på allvar. En del av detta går under beteckningen PRIO (*personcentrerad rehabilitering i omvårdnad*). Ett möte planeras till månadskiftet november och december. Syftet är att tillsammans med berörda verksamhetschefer och enhetschefer skapa en gemensam bild av vad som ska åstadkommas samt hur arbetet med att utveckla framtidens närvårdsavdelning ska läggas upp.

Även delprojektet Närvård barn har fått klartecken. I samarbete med berörda enheter kommer man överens om vad som ska ingå i konceptet. Delarna är en mottagningsdel, dagsjukvård samt ett mobilt Barn- och ungdomsteam. Den sista, och fjärde delen, är att även kunna erbjuda specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH). Samlad mottagning svarar för sjuksköterskor, undersköterskor och sekreterare och en överenskommelse ska tecknas mellan den läns-gemensamma Barn- och ungdomskliniken och Samlad mottagning vid Kullbergsska. Verksamheten ska vara igång i Katrineholm under senare delen av första kvartalet 2016. En tidpunkt som ska komma att revideras mer än en gång och av minst sagt oförutsedda skäl.

Under december 2015 framkommer det att samspelet mellan kommunens vårdverksamheter, Mobila äldre-akuten och tillämpandet av SKILS (bedömningsmodell för äldre och deras överlämning från kommunen till landstinget) inte fungerar tillfredsställande. En genomgång av ett tjugotal journaler visar att äldre har kommit in till akuten på Kullbergsska trots att SKILS indikerat att kommunen ska kontakta Mobila äldre-akuten.

I vissa fall har patienter skickats med ambulans till akuten utan att någon bedömning med SKILS har gjorts. Juridiken tillåter inte att man från landstingets sida diskuterar de autentiska fallen med personer från kommunerna. Lösningen blir att skapa hypotetiska fall som kan fungera som utgångspunkt för dialoger om en förbättrad samverkan.

När det gäller Samlad mottagning har arbetet stannat upp något. Det råder oklarheter bland klinikerna om vad som ska finnas på Kullbergska inom ramen för Samlad mottagning. Projektledaren planerar för ett antal möten för att klargöra hur det är tänkt att fungera. Verksamhetscheferna inom kirurgi och ortopedi, men även deras divisionschef, ska delta.

I delprojektet om vårdplanering med ny teknik, och hjärtsviktsprocessen, har de professioner som i Sörmland har samlingsnamnet paramedicin visat stor entusiasm för att utveckla närvården. De vill skapa och prova nya arbetssätt. Teknikens möjligheter att öka patientinflytandet är ett exempel bland många idéer. Man planerar därför att kalla till en sammankomst under första kvartalet 2016 för att se om ett Nätverk runt paramedicin kan vara något att hålla igång även i ett fortvarighetstillstånd. Hittills har man träffats utifrån närvårdsprojektet och inte utifrån deras professionstillhörighet.

4.1.4 Motgångar och framgångar i en salig blandning

Under januari 2016 visar genomgångarna av ett antal journaler att samspelet med kommunerna fortfarande inte fungera tillnärmelsevis tillfredsställande. Flens och Vingåkers kommuner har inte använt sig alls av den Mobila äldre-akuten under december 2015. Mönstret går igen. Patienter skickas till akuten på Kullbergska när de kunde tagits om hand på andra sätt. Det finns en tendens att dessutom lägga in patienter på sjukhuset utan att titta på alternativen. Måhända på grund av omedvetenhet om vilka de här alternativen är. Närvårdskoordinatören föreslår att man ska intervjua ett antal patienter som också har vård från kommunen för att försöka förstå vad som sker i samspelet mellan kommunerna, vårdcentralerna och Kullbergska.

Återigen ställer nämligen juridiken upp hinder för att genomlysna vad som händer i de olika stegen i vårdkedjorna. Även Vårdplaneringsteamet får i uppdrag att få fram ytterligare kunskaper om vad som sker, eller snarare inte sker, i samordningsarbetet.

Arbetet med Närvård barn fortsätter. Olika arbetsgrupper är igång för att identifiera vad som behövs vad gäller dokumentation, beläggningslista och liknande. Medarbetare och chefer för SSIH, Barn och ungdomskliniken, akuten/dagsjukvård, Samlad mottagning och Lindens vårdcentral för samtal om vad som ska göras var. De barn man redan känner till i västra Sörmland, svårt sjuka och med många vårdkontakter, samplaneras med början under februari. Metoden är en SIP (Samlad Individuell Plan för vården). En vårdcentral, Linden, används som modell för att kartlägga kontaktbehoven mellan vårdcentralen, Habiliteringen, BUP, Barn och ungdomskliniken, dagsjukvården med flera. Vad fungerar och vad behöver förbättras? Barn och ungdomskliniken genomför motsvarande analyser utifrån klinikkens enheter på Mälarsjukhuset i Eskilstuna. Det är ett kartläggningsarbete som är omfattande men nödvändigt. Och det ska visa sig vara en god investering.

I början av 2016 uppdagas det i vårdstatistiken att återinskrivningarna håller på att öka, oklart varför. Statistiken från 2015 är direkt oroande. Detta trots att man inom närvårdsprojektet arbetat mycket med att förbättra utskrivningsprocessen, inklusive en systematisk riskbedömning vad gäller just återinskrivning. Det är ganska många individer som har indikationer för att risken för återinskrivning är hög eller mycket hög. Det bestäms att man under våren 2015 ska intervjua ett antal patienter, minst ett 20-tal, med hjälp av AT-läkare och närvårdskoordinatör för att få en bild av vad det är som händer efter utskrivningen, i de där organisatoriska mellanrummen som är så svåra att upptäcka.

Inledningen av 2016 visar att dagsjukvården utvecklas bra. Samverkan med Regionalt cancercentrum fungerar mycket bra och rullar på. Alla moderkliniker informeras också om den rutin som ska användas mellan dagsjukvården och klinikerna. Syftet med rutinen är att identifiera de patienter som kan gå från akuten eller andra

avdelningar direkt till dagsjukvården för behandling. Men det finns ett problem. Rekryteringarna av sjuksköterskor till dagsjukvården ligger inte i fas med uppsägningarna, och detta påverkar takten med vilken dagsjukvården kan utvecklas. Man måste helt enkelt titta bortom semestrarna sommaren 2016 för att skymta när man kan vara uppe i de tänkta behandlingsvolymerna och öppettiderna. Även Dagsjukvård för barn, inom ramen för Närvård barn, som skulle ha kommit igång under andra kvartalet 2016 måste flyttas till efter sommaren. Även här är rekryteringar den hämmande faktorn.

4.1.5 Goda intentioner men besvärande konsekvenser

Fler och lite oväntade problem ska visa sig. Vårdplaneringsteamet måste allt oftare göra om vårdplaneringen genom att kalla till ett andra kompletterande möte. Läkarna förefaller skriva ut patienter väl tidigt och då dyker det ganska omedelbart upp nya vårdbehov. Och därför också behov av en ny eller reviderad vårdplanering. Även kommunerna har signalerat att de får hem patienter som behöver en annan vård än vad deras hemsjukvård kan erbjuda. Läkarna på medicinkliniken har haft ambitionen att ingen ska ligga kvar på sjukhuset längre än vad som är medicinskt motiverat. Detta för att bidra till antalet tillgängliga vårdplatser på Kullbergska. Strategin är, och har varit, att undvika onödiga inläggningar och återinläggningar. Och den gäller. Läkarna måste måhända involveras mer i arbetet med att förbättra utskrivningsrutinerna.

Oklarheterna kring vad som ska finnas inom ramen för Samlad mottagning kvarstår. Det viktiga är att hålla sig till hur närvård har definierats i den övergripande projektskrivningen för Närvård västra Sörmland. Denna och de förslag och synpunkter de olika verksamhetscheferna har lämnat ska smältas samman till ett mer definitivt förslag. En uppgift som ska vara löst mot slutet av maj 2016.

4.1.6 Influenser utifrån och oklara resultat

Under 2016 fortsätter regeringens satsning inom området psykisk ohälsa och identifieringen av dem som lider av sådan. Frågan berör bland annat PRIO-satsningen. Det handlar om förbättrad samverkan. Man har fått pengar för insatser inom området under 2015 och det ligger nära till hands att fortsätta arbeta med upptäckten av psykisk ohälsa inom Närvården i västra Sörmland.

En svårighet är att patienterna, som egentligen lider av exempelvis ångest, kan söka till akuten för symptomen. Tryck över bröstet, andningssvårigheter eller kanske magkramp. Det är inte alltid så lätt att hitta den bakomliggande psykiska ohälsan. De vårdlotsar, vars uppgift varit att stödja patienter som ofta kommer till akuten, skulle möjligen kunna hjälpa till på akuten med identifieringen. Men vårdlotsarna är även inblandade i arbetet med att få direktutskrivningar att fungera bra. Först efter att detta är löst ska man titta på om de möjligen kan ha någon uppgift också i screeningen av psykisk ohälsa.

I slutet av februari visar det sig på olika sätt att arbetet med patienter med KOL inte fungerar tillfredsställande. Ett första möte hålls med representanter för medicinkliniken, Samlad mottagning, paramedicin och Lindens vårdcentral. Från flera verksamheter har signaler kommit om att problemen är akuta. Det finns en särskild processledare för KOL-processen och hen har bildat en arbetsgrupp för att börja arbetet med processen. Ett antal kontakter tas mellan dem som arbetar med närvården och dem som arbetar med KOL-processen.

I mitten av mars diskuteras även uppföljningen av resultaten av arbetet med närvården. Det är helt enkelt svårt att få en ordentlig bild av hur olika patientflöden har förändrats som en följd av olika åtgärder och lösningar i närvårdsorganisationen. Det är oklart vad som ökar respektive minskar. Har sammansättningen av patienter på akuten förändrats i önskvärd riktning? Har trycket på akuten lättat? Till en del saknas bra underlag och till en del kan det finnas oklarheter i underlagen. Ett ambitiöst program sätts igång för att konsolidera projektgruppens möjligheter att följa resultatet av sitt arbete.

4.1.7 Nya delprojekt och fler oklarheter

I början av kvartal 2 sätter man igång ett försök, i liten skala, att identifiera psykisk ohälsa hos patienter som kommer till akuten men inte söker för just detta. Idén är tilltalande enkel. När man på akuten uteslutit att det finns en somatisk problematik ska patienten erbjudas ett uppföljningssamtal dagen efter. Den som så önskar ska kontaktas av någon i omvårdnadsteamet dagen efter besöket på akuten. Samtalets syfte är att, tillsammans med patienten, diskutera behovet av exempelvis ett uppföljningsbesök på vårdcentral eller annat som kan vara aktuellt.

Planerings- och uppföljningsteamet håller på att hitta sitt arbets-sätt och rätt kompetenser. Enligt delprojektets plan ska teamet bestå av planerare, sjuksköterska och arbetsterapeut. Det ska finnas en så kallad ringare (som sköter telefonkontakterna med patienterna). Vårdplatskoordinator och en vårdlots ska också ingå. Teamets uppbyggnad krockar till viss del med rollbeskrivningar inom andra delar av landstinget Sörmland. Rollbeskrivningar och rolldefinitioner är i Sörmland, precis som inom vården på andra ställen, ett centralt verktyg. Något projektgruppen bestämmer sig för att bortse ifrån. Kullbergsska är ett relativt litet sjukhus och kopplingarna mellan akuten och vårdavdelningarna är sådana att det är patientens bästa, och att undvika onödiga inläggningar, som ska överordnas vem som gör vad. Dessutom måste de olika funktionerna kunna ersätta varandra vid sjukdom, hög arbetsbelastning och semestrar. Det är ju ett team, inte en ansamling av roller, tycks man resonera i projektgruppen.

Problemen kring arbetet med KOL-patienter kvarstår. Det saknas både läkare och sjuksköterska som arbetar specifikt med KOL. Inom paramedicin fungerar det lite bättre. Det handlar då om nutrition och fysisk aktivitet. Man arbetar ofta med grupper av patienter och det görs en del bedömningar vid utprovning av syrgas i hemmet. Men vårdprocessen som sådan hanteras inte i projektgruppen Närvård västra Sörmland. KOL-patienter ska ha tillgång till närvård men först måste vårdprocessen i sin helhet vara på plats.

Det bestäms att man ska skjuta på frågan till efter sommaren och då samla en grupp på samma sätt som vid utformningen av närvård

för hjärtsviktpatienter. Faktum är, bedömer projektgruppen, att hjärtsvikt kan stå som modell även för hur man ska arbeta med KOL-patienter. En avstämning ska göras med verksamhetscheferna runt om på vårdcentralerna.

I mitten av april diskuteras hur man ska beskriva innehållet i och uppdraget för det som kallas Samlad mottagning. Det är ännu några veckor till man ska presentera ett förslag. Men en hel del frågor behöver diskuteras. Exempelvis inom opererande kliniker är det framför allt bedömningsbesök, samt för- och återbesök som ska ingå i Samlad mottagning. Urologen är den del av de opererande verksamheterna som ska ligga närmast närvårdskonceptet med relativt sett färre inläggningar än andra inom kirurgidivisionen. Ett namnbyte har också gjort att den geriatriska verksamheten inom medicinkliniken inte framgår längre. Något som är olyckligt eftersom äldre är en prioriterad grupp i närvårdssatsningen. Detta måste också redas ut och måhända åtgärdas. Det bestäms att projektledaren ställer samman ett dokument som kan fungera som slutrapport och utgångspunkt för det fortsatta arbetet med Samlad mottagning.

4.1.8 Återkommande bemanningsproblemen

Både SSIH och Mobila äldre-akuten brottas med problem, och har gjort så under ganska lång tid. Det gäller som tidigare tillgången på läkare. Sjuksköterskorna har klagat på att de så ofta måste tala om för kommunens sjuksköterskor att de inte kan komma eftersom någon tjänstgörande läkare inte finns att tillgå. Ett förslag som är uppe, men förkastat, är att stänga Mobila äldre-akuten till efter sommaren. Ljuspunkten är att det efter sommaren, men alltså först om fyra månader, kommer nyanställda läkare som ska arbeta i Mobila äldre-akuten. Tillfrågade om att hjälpa till i de båda verksamheterna har nämligen många av läkarna vid Kullbergsska ställt sig avvisande till att arbeta inom SSIH eller Mobila äldre-akuten. Nyrekryterade läkare får därför veta att de förväntas tjänstgöra också inom närvårdskonceptets olika vårdlösningar.

Vårdcentralerna och kommunen informeras om både situationen och tidsperspektiven tills mer definitiva lösningar är på plats.

Arbetet med den gemensamma vårdplaneringen (SIP) med både landstinget och kommunerna går sådär. Åtminstone vad gäller kontakterna med biståndshandläggarna inom Flens kommun. Fasta mötestider fungerar inte som modell och har i praktiken ersatts av att kommunens medarbetare bokar om mötena. Konsekvensen är att många andra yrkeskategorier får problem att delta. Irritationen är stor inom vårdplaneringsteamet. Men också inom hemsjukvården och bland samordningssköterskorna är frustrationen stor. Det bestäms att man ska lyfta frågan med den ansvariga chefen inom Flens kommun. Däremot har man i Flen nu etablerat en samverkansgrupp mellan kommunen och landstingets SSIH-verksamhet och denna fungerar lika effektivt som motsvarade team i Katrineholm.

I slutet av mars 2016 genomför kommunerna i Västra länsdelen, primärvården och Kullbergsska sjukhuset under en eftermiddag en workshop för paramedicinare (arbets- och fysioterapeuter). Workshopen samlar ett stort antal personer, från olika professioner såväl som arbetsplatser. Syftet är bland annat att följa upp en motsvarande workshop som hade hållits ett år tidigare genom att redovisa vad som gjorts sedan dess.

Det konstateras att många av förbättringsförslagen från föregående år faktiskt har blivit genomförda. Exempel på viktiga förbättringar är bättre förberedelser för hemgång från sjukhus, utveckling av samordnad individuell vårdplanering (SIP), fler hembesökande läkare och en i en av kommunerna finns nu en kurator som specialiserat sig på äldre. Man gör även en demonstration av en teknisk lösning som möjliggör vårdplanering på distans. Lösningen finns i både Vingåkers och Flens kommuner.

Workshopen är även framåtblickande. Man diskuterar hur man kan vidareutveckla de olika verksamheterna. Medarbetarna ser flera möjligheter och är stärkta av att saker man föreslagit också har genomförts. Man är överens om att samverka mellan huvudmän underlättas mycket när medarbetare träffas och får prata om både svårigheter och potential vad gäller samverkan.

Eftermiddagen blir lyckad också i den meningen av den manifesterar att man kommit långt i västra länsdelen med att arbeta gränsöverskridande kring utvecklingen av närvård.

4.1.9 När energin och uppmärksamheten tryter

På motsvarande sätt som under hösten 2015 är det många som undrar vad som pågår i projektet Närvård västra Sörmland. En hel del medarbetare finns i utkanten, i några fall i periferin av närvårds-satsningen, och man får höra talas om projektet oftare än man blir informerad. Även de som på en del av sin tid är involverade i de olika delprojekten känner inte alltid till vad som pågår i andra delar. Och detta gäller inom både landstinget och kommunerna. Dessutom är energin inom och runt projektet lite låg. Dels har folk mycket annat att stå i. Dels står närvården knappast i centrum för uppmärksamheten. Det behövs helt enkelt en uppdatering och en energiinjektion. Därför bestäms det att man ska ha en gemensam middag/pubkväll i slutet av maj. Ett av inslagen under kvällen är en presentation av projektet Närvård västra Sörmland som görs av två divisionschefer och projektledaren. Även kommunernas ansvariga chefer har bjudits in för att vittna om att detta handlar om en allvarligt menad gränsöverskridande samverkan. Och kvällen blir en framgång med många deltagare och god stämning.

Under ett möte i april, kring delprojektet Närvård barn, identifierades psykisk ohälsa som ett område där samtliga hade ett gemensamt ansvar. Ett koncept som kallas Första linjen-samtalsmottagningar presenterades. Barn och ungdomspsykiatri har uppdraget att starta upp verksamheten. Något som gränsar till både ungdomsmottagningarna och de samtalsgrupper socialtjänsten arbetar med. Det konstateras att det finns ganska mycket resurser när landstingets medarbetare också räknas in. Men det gäller att hitta bra former att arbeta var för sig och tillsammans. Man bestämmer att arrangera en heldag i september som ska ha fokus på Närvård barn och psykisk ohälsa.

4.1.10 Att förstå vad som sägs och avses

Ett viktigt område som identifieras i projektet under våren 2016 gäller tillgången till tolkar. Kostnaderna för att hyra in tolkar har stigit på ett sådant sätt att det kan vara mer ekonomiskt att faktiskt anställa dem istället. Även om frågan är landstingsövergripande har verksamhetschefen för Barn- och ungdomskliniken, som för övrigt är just länsövergripande, bestämt sig för att åtminstone titta på frågan med hjälp av landstingets ekonomer. Ett alternativ skulle vara att projektanställa nyanlända som ännu inte fått sina legitimationer för de vårdprofessioner de tillhör. Som tolk utför man ju inget medicinskt arbete men får en chans att vidareutveckla sitt professionella språk och samtidigt få en inblick i den svenska vården. Det bestäms att man ska reda ut om det finns några formella krav, andra än språkliga, för att arbeta som tolk inom vården.

Det visar sig att det finns avtal gällande tolk. Och av detta framgår att det är viktigt med rätt utbildning. Exempelvis kan man tänka sig delade tjänster. Alltså att man arbetar som både undersköterska eller sjuksköterska och tolk. Bland vårdcentralerna går man ut med en förfrågan till samtliga medarbetare för att förhöra sig om språkkunskaper och intresset att arbeta också med översättningsuppgifter. Intresset är stort. Man börjar planera för att utbilda medarbetare på Åsa folkhögskolas tolkutbildning för tolkning inom hälso- och sjukvård.

4.1.11 Framgångar, nya uppslag och en oväntad medievinkel

Det fungerar allt bättre vad gäller att följa upp personer som får lämna akuten utan inläggning men ändå bedöms behöva någon form av uppföljning. Detta går nu under etiketten "Direkt hem". Ett antal patienter har hanteras enligt rutinerna och dialogen med både patienterna och kommunen har fungerat som man hoppades. En sjuksyster har tittat förbi dagen efter och sedan dessutom ringt upp någon dag senare, vilket har varit synnerligen uppskattat av de berörda patienterna. Tanken väcks att under hösten skulle Mobila äldre-akuten kunna vara en del av sätten att följa upp dagen efter ett besök på akuten.

Frågan om vad som ska erbjudas inom Samlad mottagning kommer upp i ledningsgruppen för hälso- och sjukvården (HSL) under försommaren. Potentialen med både dagsjukvård och en samordning av mottagningsverksamheter kan alla se. Däremot finns det i dagsläget inga lokaler som kan användas för det här mer ”omedelbara” arbetssättet. Dessutom ligger det ett antal stora ombyggnadsprojekt i uppstartsläge och detta är både ett problem och en möjlighet. Diagnoser, och vad som kan göras i termer av behandlingar inom exempelvis dagvården, diskuteras ingående. Att utveckla möjligheterna för njurpatienter till självdialys känns mer okomplicerat än många andra förslag som kommit upp. Frågan remitteras till styrgruppen med uppdraget att ta fram beslutsunderlag.

I juni bestäms att man under hösten ska ordna en presentationsdag där projektet visas upp. Vad har gjorts? Vad är på gång? Vilka arbetar med vilka delprojekt? Formatet föreslås vara en sorts mäsas, med olika stationer. En del kortare inspel ska göras då alla lyssnar på en kortare key-note eller drar bakgrunden till strategin att satsa på närvård. Så ungefär går tankegångarna och den planerade eftermiddagen ska göras tillsammans med forskare från Stiftelsen Leading Health Care, den akademiska tankesmedjan som följeforskar på projektet. De ska få tillfälle att berätta om de iakttagelser de gjort och vilka resultat de kommit fram till. Men kanske viktigare än så – alla de som arbetar i de olika delprojekten ska få ett välförtjänt tillfälle att visa upp sitt arbete och berätta om detta för en större grupp intresserade. Datum sätts till den 6 oktober 2016 i Katrineholm, förslagsvis på Safiren. Det betyder också att det finns ett tak för antalet deltagare runt 100 personer. Även om det inte känns rimligt att så många har möjlighet att sätta av den här tiden hoppas man på mellan 50 och 70 deltagare.

Midsommar har passerats. Almedalsvecka. Landstinget i Sörmland, och dess närvårdsprojekt, är på plats. Projektledaren och ett antal chefer ska ha ett seminarium om närvård och samverkan mellan specialist- och primärvården respektive kommunernas vård och omsorg. Forskare från Leading Health Care modererar seminariet.

Projektledaren berättar att antalet äldre multisjukas besök på akuten vid Kullbergska har minskat med runt 100-talet genom att man möter patienterna med olika närvårdslösningar istället. Faktum är att av de patienter, vanligen just äldre multisjuka, som man vårdar med närvårdskoncept är det bara ett fåtal som behöver tas in på sjukhuset. Och detta är naturligtvis bra med tanke på hur ansträngd vårdplats-situationen emellanåt är. Säger projektledaren. Vinkeln i media blir att det hela bara är ett sätt för landstinget att dölja vårdplatsbristen.

4.1.12 Nya närvårdsområden och omstarter bland gamla

Efter sommaren 2016 sätter man igång arbetet med närvård också till patienter med neurologiska diagnoser. Dels finns det patienter med kroniska problem som exempelvis MS, dels rehabiliteringsbehov vid exempelvis stroke. Det finns nya riktlinjer och dessa måste arbetas in i närvårdslösningarna. En gap-analys har gjorts på landstingsnivån för att överblicka vilka behov som finns i länet och hur väl man svarar upp mot dessa. Ett uppföljningsmöte är planerat till slutet av september då alla berörda verksamhetschefer i hela länet ska träffas. I närvårdsprojektet bestämmer man sig för att avvakta detta möte för att sedan ta fram förslag till lokal anpassning. Under tiden ska det göras en kartläggning av samverkan mellan landstinget och Katrineholms, Flens och Vingåkers kommuner. Både vad som finns och vad som behövs i termer av samarbete. Även vilka tekniska möjligheter som kan utnyttjas ska kartläggas.

Under slutet av september visar uppföljningar av de olika delprojekten på lite varierande status. Arbetet med PRIO-satsningen (personcentrerad rehabilitering i omvårdnad) verkar ha stannat upp under sommaren. Mejl-konversationer om arbetsuppgifter och arbetstider visar tydligt att det råder betydande oklarheter om verksamhetens innehåll och ambitionsnivåer och vem som har ansvar för vad. Det behövs en nystart och ansvariga verksamhetschefer tar på sig att se till att alla involverade får samma bild av vad syftet är och hur detta ska uppfyllas.

Arbetet med hjärtsviktsprocessen visar upp en blandning av uppnådda resultat och kvarvarande problem och frågor. En standardvårdplan, som skulle ha införts, har inte blivit integrerad i arbetet på en av vårdavdelningarna på Kullbergska. Ett riksgemensamt hjärtsviktsregister sköts inte konsekvent. Det är även oklart vilka som har behörighet att registrera. Något som måste åtgärdas. Det bestäms även att ett tvärprofessionellt team ska skapas på mottagningen på Kullbergska. Arbetssätt och rutiner ska tas fram. Också samarbetet mellan Kullbergska och vårdcentralerna, kring hjärtsviktspatienterna, håller tämligen olika nivåer. I Flen och Vingåker fungerar det bra. Där finns också mottagningar och man tar hand om nya patienter enligt de rutiner som är överenskomna. Detta gäller också landstingets egen vårdcentral Linden som ligger i anslutning till Kullbergska. Andra vårdcentraler däremot lever inte upp till de ambitioner som man har kommit överens om. Rent generellt har man inte fått med de paramedicinska professionerna i arbetet i den omfattning som var tänkt. Vad gäller Mobila äldre-akuten tjänstgör läkaren som kom efter sommaren två dagar i veckan. Tanken är att teamet ska komplettera vårdcentralerna. Men det behövs ytterligare läkare för veckans övriga tre dagar och här dras alltså verksamheten med problem igen. På samma sätt som under våren. Det som är lite alarmerande är att man från kommunernas sida hävdar att man inte längre ringer eftersom beskedet så ofta är att det inte finns någon läkare tillgänglig. Antalet hjärtsviktspatienter som är inskrivna i SSIH-verksamheten har ökat och nyinskrivna har inte hänvisats runt i systemet lika mycket som tidigare. Ett gott tecken. Däremot har ett antal patienter skrivits ut från SSIH och det är oklart varför. Även arbetet med SIP (den individuella vårdplaneringen) har fungerat mindre tillfredsställande. Det uppfattas bland annat som oklart vems ansvar det är att ta fram en sådan.

4.1.13 Historien ger sig tillkänna

Hösten 2015, ett år tidigare, hade det konstaterats att vården av KOL-patienterna i alltför hög grad sköttes via inläggningar i Kullbergska. Bedömningen var att ett antal patienter, med fördel dessutom, kunde vårdas i större utsträckning i sina hem/boenden. Under våren 2016 hade kartläggningar visat att det behövdes KOL-team på vårdcentralerna och en bra samplanering med den vård och omsorg kommunerna svarade för. Ett KOL-team på medicinkliniken skulle fungera som konsultativt stöd till både vårdavdelningarna på sjukhuset och vårdcentraler och annan primärvård. Verksamheten skulle också integreras i Samlad mottagning. Ett forum där alla inblandade kunde träffas och diskutera arbetet med KOL-patienter och samverkan kring dessa skulle startas under september, som en uppstart av utvecklingsarbetet med närvård av KOL-patienter. Men arrangemanget ställdes in. Allt för få hade anmält sig.

I den uppkomna situationen såg sig projektgruppen tvingad att göra ett antal saker. Det första var att informera den som svarade för KOL-processen på landstingsnivån om att närvårdskonceptet runt KOL-patienterna dröjde - oklart när det kunde komma igång. Man stämde också av med vårdcentralerna hur långt de kommit med rekrytering, utbildning och bildandet av team för KOL-patienter. Det gällde att få ett grepp om beredskapen vid olika vårdcentraler att samarbeta runt KOL-patienterna. En KOL-sköterska skulle rekryteras med en tjänst som delas av mottagningen på Kullbergska och Mobila närvårdsteamet (SSIH). Det skulle också tryckas på om att läkarna på akuten skulle ta tag i den fortsatta vården när de träffar på en KOL-patient. Även för hjärtsviktspatienterna bör man på akuten försäkra sig om att det finns en ändamålsenlig vårdplan. Om inte ska man fortsättningsvis initiera en sådan planering (alltså SIP).

4.1.14 Team, känslor och arbetsbelastningens påfrestningar

Även om SSIH-verksamheten har utvecklats förhållandevis bra behövs mer av teamkänsla i och runt arbetet. Bland annat uppfattar sjuksköterskorna inom SSIH att man ofta får uppdrag från vårdavdelningarna och akuten som är otydliga. Uttrycket ”slasktratt” indikerar hur man uppfattar den egna rollen. Tankarna om att uppdragen bestod av olika sorters ärenden har fallit bort och med detta stringensen i språket för vad som ska göras.

I början av fjärde kvartalet diskuterar man att göra ett uppehåll i verksamheten med Mobila äldre-akuten till efter årsskiftet 2016/2017. En läkare hade behövt gå tillbaka till en tjänst på en vårdenhets där arbetsbelastningen var hög och det var brist på just läkare. Samtidigt kommer signaler från ledningen att verksamhet i Mobila äldre-akuten, fem dagar i veckan, är högprioriterad. Beslutet blir att trots allt upprätthålla verksamheten och titta på nya möjligheter att förstärka bemanningen. Detta utan att man får tappa helhetsperspektivet. Det är många olika aktiviteter som skapar den vård och omsorg patienter och anhöriga uppfattar som ”nära” dem. På det här sättet möter försöken att samordna all närvårdsverksamhet en strid ström av överraskningar, behov av brandkårsutryckningar och i varierande grad kreativa lösningar eller vanligare kanske nödlösningar.

Arbetsbelastningen är en vanlig förklaring till vacklande status i olika delprojekt och arbetet med olika frågor. Testverksamheten på akuten, som exempel, med att identifiera psykisk ohälsa bland patienterna har inte kommit igång alls. På grund av arbetsbelastningen. Rutinerna för utskrivning och eventuell uppföljning är inte riktigt på plats. På grund av arbetsbelastningen. Däremot fungerar PRIO-ronderna för nya patienter bra. Likaså utvecklas vårdplaneringen som man tänkt sig och här tittar man också på ny teknik. Video-lösningar skulle spara mycket restid i både samordnings- och patientarbetet. Vårdplaneringen ligger väl framme här. I SSIH-verksamheten har däremot frågan lagts på is.

Den planerade uppvisningen av närvårdsprojektet – som skulle gått av stapeln eftermiddagen den 6 oktober – ställs in.

Antalet anmälda är alldeles för få. Det blir inte någon lyckad exposé och utställning när antalet arrangörer är lika många som besökarna. Trots en framförhållning på fem månader, inbjudan och påminnelser, har många annat att göra den aktuella tiden. Särskilt olyckligt är att för projektet viktiga chefer inte kan delta. Hälso- och sjukvårdschefen och chefen för Division primärvård räcker inte som markering av evenemangets betydelse. Fler av de direkt berörda divisions- och verksamhetscheferna hade behövt delta för att verkligen visa att närvård i hela Sörmland är en huvudstrategi för utvecklingen av vård och omsorg i länet. Besvikelsen bland arrangörerna är stor. Men det ansågs bättre att ställa in än att visa upp en anorektisk eftermiddagssammankomst. Om det förelåg missförstånd om huruvida dagen skulle bli av eller inte, eller folk helt enkelt prioriterade annat, blev aldrig klargjort.

4.1.15 En länsövergripande uppstart och både bångstyriga och nya idéer

En kick-off för Närvård barn, som genomfördes i Katrineholm i slutet av september, blev synnerligen lyckad och detta bådade gott. Även om delprojektet förberetts under nästan ett år var dagskonferensen första tillfället då många berörda involverades samtidigt. Berörda verksamhetschefer deltog och flertalet vårdenhetschefer fick tillfälle att lära känna varandra. Det finns nu ett nätverk och ett antal strategiska relationer på plats för det fortsatta arbetet. Även ett antal inledande uppgifter och åtgärder identifieras. Våren 2017 har också skisserats. Så snart som möjligt ska man – ur ett närvårdsperspektiv – diskutera både personcentrerad vård och rutiner för vårdplaneringen (SIP). Tanken är att arbeta med ett antal patientexempel som fundament för att bygga upp bedömningsverktyg och möjliga flödesvägar.

Under senhösten 2016 råder det fortfarande oklarheter kring Samlad mottagning. Hälso- och sjukvårdsledningen har inte ställt samman ett definitivt ramverk för verksamhetens innehåll och hur olika förslag ska bedömas. Hur ska verksamheten beskrivas i siffror och hur bedömer man ekonomin?

Medarbetarna på ekonomienheten är belastade med mycket annat och har haft svårt att hjälpa till med beräkningarna. Det behövs en del förtydliganden kring vad som innefattas och finns att tillgå. Det blir mycket prat om läkare och sjuksköterskor och därför har de paramedicinska professionerna hamnat i bakgrunden. Något som också måste åtgärdas. Detsamma gäller den geriatriska kompetensen – som fortfarande skymms av att ingå i medicinkliniken. Ur ett när-vårdsperspektiv är detta olyckligt. En prioriterad patientgrupp är äldre. Även en minnesmottagning och en rehabiliteringsverksamhet behöver synliggöras i konceptet Samlad mottagning.

I slutet av oktober genomförs ett så kallat Idecafé. Inbjudna är alla medarbetare och chefer inom medicinklinikens vårdavdelningar. Det har varit svårt att integrera PRIO-konceptet i rutinerna på kliniken och lite ny energi behöver födas in i utvecklingsarbetet. En referensgrupp av äldre, som projektledaren för Närvård västra Sörmland bildat tidigare, har tagit fram ett antal synpunkter som de bedömer som viktiga. En sådan gäller tydligare ID-kort när man får besök av personal i hemmet. En annan gäller behovet av en minnesanteckning att ta med hem, ett så kallat behandlingsmeddelande. Vid utskrivningen går man igenom vad som ska hända framöver och sen tar patienten med sig anteckningen, som sedan kan visas för anhöriga eller vid kontakter med vården eller omsorgen. Detta har gjorts vid några tillfällen på försök och erfarenheterna är mycket positiva. Önskemålet är att det ska bli en del av utskrivningsrutinen.

4.1.16 Gränsöverskridanden och framgångar i termer av samverkan

Fjärde kvartalet är förberedelserna klara för att starta upp försöksverksamheten med identifiering av psykisk ohälsa och att erbjuda en ångestlots på akuten. Verksamhetschefen för psykiatri informerar berörda medarbetare och berättar hur arbetet ska gå till. Testverksamheten är strategisk eftersom gränsöverskridande samverkan mellan somatiska och psykiatriska vårdinsatser är ett notoriskt eftersatt område inom vården rent generellt.

Mellan vården och omsorgen är situationen vanligtvis ännu värre. Personer med både somatiska och psykiatriska problem är ofta en mycket skör patientgrupp. Det är därför med stor entusiasm arbetet på bland annat akuten sätts igång.

Arbetet med samordning i samband med utskrivningar fungerar allt bättre. Det som numera kallas Trygg hemgång, som hanteras av hemtagningsteamerna inom kommunerna, är en viktig pusselbit i landstingets och kommunernas samverkan runt de gemensamma patienterna. Under kvartal fyra har hemtagningsteam kommit igång i både Vingåker och Flen. I Katrineholm är planen att starta upp motsvarande verksamhet i början av mars 2017. Och det finns många andra idéer om att bygga upp även andra relationer runt hemtagningsteamerna. Projektgruppens bedömning stannar vid att låta teamerna komma igång med sina respektive verksamheter först. Därefter kan det finnas utrymme för såväl olika erfarenhetsutbyten som integration med andra team och processer. Också här har psykiatrichefen planer på att utveckla samarbetet med kommunerna. När väl arbetet med att identifiera psykisk ohälsa på i första hand akuten kommit igång är avsikten att sätta fokus på Trygg hemgång även när psykiatrisk problematik, helt eller delvis, finns med i bilden.

4.1.17 Medan det lackar mot jul

Under november och december månad gör projektgruppen en genomgång av status på olika frågor och aktiviteter i projektet Närvård västra Sörmland. Inom flera områden kan man konstatera att det är mycket som har åstadkommit i riktningen att definiera och bygga upp ett närvårdskoncept och att omsätta detta i fungerande praktisk verksamhet. Det finns en del som inte är klart och i något fall inte ens påbörjat. Ofta ligger förklaringen i att åtgärderna ligger utanför vad man i projektet har möjligheter att påverka.

Veckan före jul kan man konstatera att det fortfarande råder oklarheter om Samlad mottagning och att detta inte blir bättre av en ständig ström av nya idéer. Men nu finns ett godkännande från ledningen av det förslag som ligger och det är gott nog.

Projektgruppen ser dock att tillgången på paramedicinsk kompetens är bristfällig. Särskilt om man ska utveckla verksamheten i riktning mot mer personcentrerad vård. Den tillgång moderklinikerna har vad gäller paramedicinare behövs i andra delar av deras verksamheter. Som så många gånger förut uppstår ett moment 22. Effekterna av en förbättrad samverkan skulle eliminera vad som i den rådande situationen är en brist. Samtidigt som steget från en lösning till en annan inte kan tas just på grund av den rådande bristsituationen. Det må vara läkare, tid eller arbetsbelastning.

En uppföljning av SIP-arbetet på urologmottagningen antyder att specialistmottagningarna inte ser några vinster med förfarandet. De ser en massa merarbete. Men det har bestämts att mottagningen ska jobba enligt den modellen. Punkt slut. (Något som för övrigt har stöd i lagen). Det har även diskuterats med hjärtmottagningen som också ställt sig oförstående till rutinen. Och detta har varit och kommer med stor sannolikhet att vara ett ständigt närvarande problem. Några blir ombedda att bidra till ett arbetssätt de inte ser några fördelar med eftersom dessa uppstår i andra delar av systemet. Men det är avgörande att få med specialistmottagningarna på de nya arbetssätten och att hitta pedagogiken genom vilken man förstår att man bidrar till en bättre lösning sett ur det vidare perspektivet.

Vad gäller Närvård barn finns det däremot mer direkta samordningsvinster mellan habilitering, barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomskliniken. Vad gäller testerna med ångestlots har inga ärenden remitterats till Omvårdnadsteamet för bedömningssamtal. Det finns skäl att kolla om något fallerat eller det bara har saknats fall att remittera? Mobila äldre-akuten har fått två nya patienter. Det handlar om KOL-patienter, en i Katrineholm och en i Vingåker. Vilket är positivt för nu är även Vingåker med i verksamheten. Mobila äldre-akuten verkar rulla på lite bättre även om läkartillgången fortfarande av och till är besvärande. Det hade diskuterats att göra ett uppehåll – helt eller delvis – i verksamheten tills efter årsskiftet. Men detta blir aldrig aktuellt. Och så blev det också i närmare tre månader. Däremot verkar rutinen för Direkt hem vara på plats och fungera riktigt bra.

Vårdlotsen betar av de ärenden som funnits från tidigare och prioriterar nya som kommer in. Att ligga i fas verkar med andra ord vara inom räckhåll.

Formellt ska projektet Närvård västra Sörmland avslutas vid halvårsskiftet 2017. Därefter är tanken att arbetet övergår i att vara ordinarie verksamheter och att dessa, i sin tur, inspirerar motsvarande utvecklingsarbete på andra ställen i länet. Chefen för division medicin, projektets organisatoriska hemvist, har liksom Hälso- och sjukvårdschefen i Sörmland och chefen för division primärvård, betonat vikten av närvård för utvecklingen av vården och omsorgen i Sörmland. Ska man kunna hantera framtidens behov i dessa avseenden, och under de förutsättningar som sannolikt gäller då, är en fungerande närvård nyckeln. När julleddigheterna bryter ut, inför årsskiftet 2016/2017, gäller det att ha prioriteringarna på plats för arbetet under det kommande halvåret. Till en del handlar det om att fortsätta arbetet med att förbättra och utveckla närvårds-konceptet och hur detta fungerar i såväl sin helhet som sina delar. Till en del om att förbereda övergången från projektformat till en robust och i olika avseenden integrerande vård- och omsorgs-verksamhet nära patienter och deras anhöriga.

4.2 Några reflektioner ur dagboks-perspektivet

En möjlig anmärkning om det här kapitlet är att det var en lång redogörelse för vad som hände i projektet Närvård västra Sörmland. Och att mycket handlar om saker som upprepas. En möjlig kommentar till en sådan anmärkning är att detta är själva poängen. Tiden som perspektiv pekar ut vissa aspekter på den här typen av projekt som är svåra att åskådliggöra annat än genom en berättelse. Utan att göra anspråk på något som liknar fullständighet finns det några teman som framträder tydligt vid en betraktelse ur en kronologisk utgångspunkt. Rubrikerna i det följande antyder dessa teman.

4.2.1 Sammanfallande processer

Gör man ett utsnitt av tid – en dag, en vecka eller kanske en månad – framgår det tydligt hur alla parallella aktiviteter som utgör projektet och dess miljö sammanfaller här och nu – i situationer. Det handlar inte om uppgjorda planer vilka rullas ut över tiden med något som liknar en harmonisk rytm och ett smidigt förlopp. I varje situation – här och nu – är de inblandade i en miljö av pågående aktiviteter, på väg i olika riktningar och i lite olika skick. Några är energifulla och rullar på bra medan andra är i sämre skick, om ens vid liv alls. De många omstarterna är ett uttryck för det sistnämnda. Liksom behoven av att vid olika tillfällen tillföra energi och arbeta med människors uppmärksamhet. Något som sker vid flera tillfällen och på många olika nivåer. Att processer sammanfaller handlar inte bara om att de uppträder parallellt och därför sammantagna skapar situationer och nulägen. Många, betraktade var för sig, håller på att falla samman och är även i den meningen sammanfallande. En situation kan alltså definieras som det någon uppfattar när ett antal parallella händelseutvecklingar har en viss status vid en viss tidpunkt. Måhända kan detta ses som trivialt. Intressantare är kanske att ställa frågan: Vad betyder detta i termer av strategier för dem som leder ett komplext projekt?

Ett projekt av typen Närvård västra Sörmland är alltså förhållandevis turbulent och i praktiken hopplöst att förutsäga. Planer och styrdokument handlar i hög grad om att beskriva vad det är man vill åstadkomma snarare än när och hur. Ständiga behov av vägval och ändrade prioriteringar pekar ut att planer inte pekar ut vägen utan snarare att man just nu inte är på rätt väg. Det är intressant att notera ett antal strategier som tillämpades av dem som leder projektet Närvård västra Sörmland:

- Bygga upp och hålla kontakten med ett stort antal personer, både i och runt projektet, för att få tidiga signaler om hur olika aktiviteter utvecklas
- Använda eller regelbundet skapa tillfällen att påminna och berätta om projektet, framförallt för dem som är inblandade i periferierna

- Göra tydligt markerade omprioriteringar och vägval när exempelvis ett delprojekt svajar för mycket, snarare än att uppmuntra och mana på i största allmänhet
- Ge människor ordentligt med tid att tolka och bearbeta information om det som ska göras och att delta i tolkandet genom att exempelvis arrangera särskilda tillfällen för sådant här meningsskapande (mer om detta under punkten 4.2.2)
- Markera projektets prioritet genom att viktiga personer, som exempelvis höga chefer, är på plats personligen vid uppstarter, informationsträffar och liknande
- Att när det handlar om samverkan mellan olika enheter låta berörda chefer markera betydelsen av denna samverkan genom att då och då uppträda tillsammans

Detta är några huvudsakliga sätt att hantera den komplexitet och dynamik som oundvikligen uppstår i satsningar av den omfattningen Närvård västra Sörmland har. Projektledningen bemästrar utvecklingen hyggligt i de här termerna. Samtidigt är det oundvikligen så att också många andra påverkar olika skeenden. Vilket leder fram till en avslutande reflektion kring de utmaningar det innebär att driva ett projekt av Närvård västra Sörmlands typ och omfattning.

4.2.2 En strukturell och lite hämmande föreställning

Närvård västra Sörmland präglas av ett tydligt mönster av osäkerhet och osäkerhetshantering. Det är ett mönster som visar sig i form av exempelvis de ständiga problemen med att bemanna de mobila teamen. I de enskilda fallen kan förklaringarna variera. Ibland vill inte läkarna. Då och då behövs läkarna på annat och mer prioriterat håll. Rutiner för användandet av teamen följs inte alltid på akuten, klinikerna och inom kommunerna. En förklaring kan vara arbetsbelastning och att man helt enkelt gör som man brukar istället för att man engagerar sig i ett förändringsarbete. Det kan också handla om bristande information och kunskap om de nya rutinerna. Oavsett vilket skapas en självförstärkande process som kan beskrivas på ungefär följande sätt. Problem i delprojekten gör att man ibland överväger att avvakta med att starta dem eller kanske göra ett uppehåll. Rimligen skapar det då och då osäkerhet om huruvida verksamheterna pågår eller inte och detta påverkar sannolikt benägenheten att exempelvis be de mobila teamen om tjänster. Varefter verksamheterna vacklar ytterligare och de redan sköra utvecklingsprocesserna riskerar att falla samman. Det fanns tillfällen när kommunerna avstod från att kontakta mobila team just för att det rådde osäkerhet runt huruvida de var operativa eller inte. Finns det bemannande läkare eller kommer sjuksköterskorna att svara att man inte kommer eftersom det saknas just läkare? Processen att utveckla en viss verksamhet kan på det här sättet komma in i en negativ och upplösande process. Det omvända – en positivt förstärkande och därmed etablerande process – är naturligtvis också en möjlig händelseutveckling.

Det finns fler exempel. En utvecklingsdag kring närvård av KOL-patienter under september 2016, och en ”utställning” och exposé av projektet Närvård västra Sörmland månaden efter, blev båda inställda för att få hade anmält sig. Det ständiga krånglet med att bestämma vad Samlad mottagning ska bestå av kan även det tolkas som vacklande engagemang på klinikerna inom Kullbergska.

Inom kommunerna finns en motsvarande tendens att vid ett antal tillfällen inte riktigt ha kraften att leva upp till förväntade åtaganden. Mot detta står i och för sig välbesökta idécaféer, uppstarter och PUB-kvällar. Inte minst bland medarbetarna på Kullbergska, vårdcentralerna och inom kommunernas hemtjänster och hemsjukvård finns ett engagemang som kanaliseras in i många förändringar i vardagsarbetet. Den samlade bilden är trots detta att intresset och engagemanget för Närvård västra Sörmland på sina håll har varit vacklande i en sådan omfattning att det hämmat, i vissa fall sannolikt hindrat, projektet.

Hur ska man förstå denna till synes strukturella brist på verklig prioritering av det utvecklingsarbete som går under samlingsnamnet Närvård västra Sörmland? En uppenbar förklaring är naturligtvis att många har annat att stå i utöver att bidra i närvårdsprojektet. Det som är fokus och huvudsak för exempelvis projektledare och projektgrupp är periferi och bisak för många andra, vars insatser också behövs för att lyckas. Chefer har mycket annat att hantera och Närvård västra Sörmland blir ett ärende bland andra. Kommunerna har många andra åtaganden och ibland prioriteras dessa på bekostnad av Närvård västra Sörmland. Och det finns säkert medarbetare bland vårdpersonalen som – mitt uppe i att söka nytt jobb – missar inbjudan att komma och diskutera hur man ska erbjuda KOL-patienter närvård.

Uppräkningen kan göras oändligt lång och man måste ha i minnet att varierande engagemang och intresse är fullständigt naturligt. Faktum är att skickligt ledarskap i hög grad handlar om att hantera detta och få energin att gå i en viss riktning. Några exempel på hur detta låter sig göras framgick av punkterna under punkten 4.2.1. Men en närgående granskning av tillgängliga underlag i följeforskningsprojektet visar en annan och mer subtil förklaring. En förklaring som kan introduceras med en fråga: Är Närvård västra Sörmland en försöksverksamhet eller en strategisk satsning? Olika sätt att tänka kring frågan speglar ett mönster av uppfattningar inom berörda verksamheter. Ett mönster som ger en bra förklaring till en del brister bland viktiga aktörer i prioriteringen av Närvård västra Sörmland.

De som initierade projektet Närvård västra Sörmland – Hälso- och sjukvårdschefen, några av divisionscheferna i hälso- och sjukvårdsledningen, en ordförande i landstingsstyrelsen, landstingsdirektören och ett antal andra personer – initierade en strategisk satsning på närvård för att strukturera om vård- och omsorgsarbetet i Sörmland. Detta då i linje med visionen att Sörmland ska vara det hälsosammaste länet i landet 2025. Samtidigt har förhållandevis många – framförallt runt snarare än i projektet – uppfattat det som en försöksverksamhet eller möjligen någon synonym etikettering. Lyssnar man på uttrycket ”försöksverksamhet”, och ställer detta mot exempelvis ”den ordinarie verksamheten”, blir det begripligt var läkarna behövs, åtminstone enligt vissa, när de inte är tillräckligt många för att samtidigt vara på båda ställena.

Ur ett dagboksperspektiv – med tiden som explicit dimension – hade projektet sannolikt varit mindre komplicerat, och gått både fortare och smidigare, om fler personer hade betraktat det som en strategisk satsning och inte en försöksverksamhet. Med den senare tolkningen får man se hur det går. Blir det bra kanske man gör på samma sätt också i andra länsdelar. Så förefaller många i miljöerna runt närvårdsprojektet ha resonerat. Fler, tydligare och framförallt upprepade manifesteringar av att det handlade om att utveckla och etablera den vård och omsorg som ska finnas i Sörmland – från idag och framöver – hade gett större legitimitet åt projektet. Inom och runt projektet hade man kunnat hänvisa till att olika delprojekt ska ersätta vad som i dagsläget betraktades som ordinarie verksamhet. Närvård västra Sörmland är ingen försöksverksamhet kring hur närvård (och omsorg) möjligen kan bedrivas. Det är det utvecklingsarbete som delvis ska strukturera om, delvis ersätta hur vård och omsorg har bedrivits och bedrivs i Sörmland. En möjlighet ligger naturligtvis i att avveckla hela projektet och låta det övergå i den ordinarie verksamhet det var tänkt att bli med tiden. Ungefär i dessa termer förs diskussionerna inom och runt projektet under mellandagarna och nyårsledigheterna runt årsskiftet 2016/2017, med hopp om att Närvård västra Sörmland ska få den status i omgivningens ögon arbetet så väl förtjänar.



Slutsatser: roll- och relationskulturer och en fjärde berättelse

Vi lever i receptens tidevarv. Inte enbart recept i farmakologisk mening. Det finns också recept för effektiva organisationer, hur man får platt mage på några veckor eller kan spara tid genom köp av hushållsnära tjänster. Några har till och med gjort recept som Lean till en strategi i den privata sfären, exemplifierat med boken "Från frustration till flow med lean@home" (Jarlsdotter, 2015). Tid är värdefullt och många av de recept som presenteras, inom den offentliga såväl som den privata sfären, syftar till att frigöra tid genom snabba lösningar.

Till en del kan projektet närvård i västra Sörmland beskrivas som ett arbete med att ta fram recept – idéer om tillvägagångssätt när det gäller närvård. Ett syfte med projektet är att fungera som pilot där olika modeller både kan och möjligen också ska överföras till andra delar av länet.

5.1 Utveckling av närvård som strategi för att strukturera om vårdsystem

I flera avseenden går arbetet med att utveckla närvården i Sörmland bra. Inte i den takt man i ledningen och inom projektet hade hoppats på. Men det är som det ska vara – det normala är att tidsomfånget inom vilket framgångar går att realisera missbedöms. Kan vården i Sörmland komma till respektive flyttas närmare patienternas och de anhörigas liv i övrigt kan de tre sjukhusen få mer specificerade uppgifter. Det finns alltså fördelar för sjukhusen att vissa vårdverksamheter flyttas ut ur sjukhusmiljöerna. Fördelar för de vårdverksamheter som blir kvar. Man kan tycka att *rätt vård, på rätt nivå till rätt patient i rätt tid* (jfr projektet Närvård i västra Sörmlands uppdrag) är en truism, en självklarhet som inte skulle behöva nämnas. Men som metafor betraktad kan den sägas peka mot en idé om en omfördelning av vårduppgifterna – först i västra Sörmland och så småningom även i andra delar av länet. I den meningen kan man beskriva utvecklingen av närvård som en grundstrategi för att strukturera om vårdsystem – lokalt och regionalt och, om detta lyckas exempelvis i Sörmland, kanske även nationellt.⁷ Analyserna av de underlag som samlats i följeforskningen är inte så långt komna i dagsläget att det går att dra den slutsatsen i mer definitiv mening. Men som hypotes är den synnerligen intressant. Hypotesen får dessutom stöd av utredningen om Effektiv vård (SOU 2016:2) i vilken Göran Stiernstedt, Anna Ingmanson och Daniel Zetterberg pekar på ett större ansvar för primärvården som ett huvudförslag till att effektivisera den svenska vården. Det finns skäl att komma tillbaka till frågan i kommande rapporter inom följeforskningsprojektet.

⁷ Det ska påpekas att det pågår liknande försök i många andra delar av landet. Region Skåne är ett sådant exempel, som studeras i ett annat LHC-projekt.

5.1.1 Att flytta idéerna om närvård – en utmaning för Landstinget Sörmland?

Översättningsteori säger att olika delar av länet, dvs. de med tiden mottagande kontexterna, kan se olika ut. Detta påverkar hur idéer om närvård omsätts i praktiken. Kulturen inom vården i Katrineholm kan vara lite annorlunda än vad man hittar i Nyköping eller Eskilstuna. Detta kommer att påverka hur idéer om närvård översätts till lokal praktik.

Tanken att sprida idéer/recept om närvård till andra delar av länet är intuitivt tilltalande. Men bara för att ett recept är vedertaget inom en del av en verksamhet (västra Sörmland) behöver inte det betyda att detta vare sig förstås eller accepteras inom andra delar av länet. Røvik (2000) skriver t.ex. att ett recept är ”institutionaliserat” när det ”under en period av många uppfattas och gärna omtalas som det ändamålsenliga, det effektiva, det moderna – och t.o.m. det naturliga sättet att organisera på” (Røvik, 2000:13). Detta kan innebära att det ”naturliga sättet att organisera på” inte ifrågasätts, vilket således innebär en brist på kritisk granskning av den egna verksamheten.

Ur ovanstående perspektiv kan man betrakta arbete med att överföra idéer som en sorts förhandlingar mellan företrädare för olika ”naturliga sätt” att organisera de aktuella verksamheterna. Ett sätt är det befintliga. Det andra är den nya idéen. En slutsats från följeforskningen blir därför att översättningar från en kontext till en annan kommer att vara en central del av spridandet av närvård i hela Sörmland. Av det skälet är det centralt att också titta på lärdomarna från Närvård i västra Sörmland i termer av erfarenheter av att arbeta med och underlätta översättningar.

5.2 Ett närvarande och förutsägbart ledarskap

En konsekvens av detaljernas betydelse gäller ledarskapet. Framförallt är det fyra förhållanden som är mycket påtagliga. Det första är att ledarskapet måste vara så närvarande det bara går – i de miljöer

där förändringsarbetet pågår. Kanske till och med åka med i ett mobilt team för att få en bättre känsla för vad sådant arbete innebär. Det är också tydligt att ett närvarande ledarskap bidrar till att förändringsarbetet uppfattas som angeläget och prioriterat. Den egna fysiska närvaron från en chef är inte en symbolisk handling. Det är ett tydligt sätt att kommunicera – ”jag är här för att det som pågår här är viktigt”.

En andra och mycket angelägen slutsats är att chefer som representerar de olika enheter vilka förväntas förändra sitt sätt att samverka med fördel kan uppträda tillsammans. När man exempelvis sätter igång olika delprojekt som berör medarbetare inom såväl olika vårdverksamheter som över landstings- och kommungränserna är det bra att samlas. Att samla medarbetare från de olika verksamheterna, och att de aktuella cheferna också är på plats, blir sättet att visa på gemensamma ambitioner.

En tredje slutsats är att mycket av ledarskapet med nödvändighet måste handla om att skapa och utveckla relationer mellan de verksamheter och medarbetare vilka förväntas samverka. Oavsett om det gäller att samverka på nya sätt eller det handlar om helt nya relationer. Kanske kan man uttrycka saken så att det horisontella ledarskapet mellan olika verksamheter blir betydligt viktigare än det vertikala ledarskapet i linjeorganisationen. Det är också viktigt, på just det här temat, att chefer i exempelvis landstinget lär känna och odlar relationer till sina motsvarigheter inom kommunerna och i de verksamheter det är tänkt att man ska samverka med.

För det fjärde, och slutligen, kan man konstatera att ett konsekvent ledarskap, ett ledarskap som är förutsägbart, förefaller centralt i sammanhanget. Det kan vara stora avstånd, geografiskt men också hierarkiskt, mellan ledarskapet och dem som arbetar i verksamheten. Översättningsprocesser kan mycket väl leda till att det florerar olika berättelser om vad som pågår och vilka förändringar som är aktuella. Ett sätt att kompensera för detta är närvaro. Att i mesta möjliga mån delta ute i verksamheterna. Ett annat sätt är att sträva efter enkelhet men även konsekvens och i den meningen förutsägbarhet.

Den linje ledningen väljer för att utveckla verksamheten måste vara uttryckt på ett enkelt, koncist och tydligt sätt inbäddad i en trovärdig och attraktiv berättelse. Något som bidrar till upplevelsen att ledarskapet uppträder förutsägbart, och det är bland de bästa investeringar en ledning kan göra när det gäller att få gehör för kompletterande beslut om verksamhetens utveckling även i framtiden.

5.2.1 Komplexitet och ledarskap

Det finns en klassisk fråga inom ledarskapsfilosofin som inte kan besvaras om man inte anger ett antal förutsättningar. Men frågan är enkel: Är gruppen till för ledaren eller är ledaren till för gruppen? I vissa miljöer, och under vissa omständigheter, är det rimligt att hävda att gruppen är till för ledaren. Exempelvis när ett i detalj samordnat agerande är nödvändigt under ganska pressade omständigheter. Räddningsoperationer är ett bra exempel. Militära kommandoinsatser, på bryggan på ett fartyg under ett oväder eller i ett kirurgteam som genomför en komplicerad operation är andra exempel. Ofta finns det möjligheter att i förväg öva vissa moment eller aktiviteter. Det kan handla om att utföra ett antal rutiner eller kända åtgärder. Inte sällan ska det dock gå ganska fort när det är skarpt läge. Och det behövs göras riskbedömningar och avvägningar. Utrymmet att diskutera inskränker sig till korta frågor och direkta svar. Gruppen är till för ledaren i meningen att den ska göra det ledaren beslutar. Eller, annorlunda uttryckt; någon bestämmer, andra utför.

Industrisamhällets mer klassiska produktionsmiljöer kan beskrivas som miljöer där gruppen på motsvarande sätt skulle utföra det ledaren ville ha gjort och ibland ändrat. Det betyder inte att det handlade om tyrannfasoner även om det säkert var så också ibland. Men det ligger i sakens natur att det var ledarna, chefer och tjänstemän, som definierade vad som skulle göras, när det skulle göras och hur. Det var ingen tillfällighet att det i avtalen mellan fack- och arbetsgivareföreningarna underströks att arbetsgivaren hade rätten att leda och fördela arbetet. I industrisamhället stod gruppen, typiskt sett, till ledarskapets förfogande och i den meningen var gruppen till för ledaren.

Att ledaren kunde ha vissa fördelar av att involvera människor i olika frågor är en delvis annan aspekt. Ser man till den grundläggande relationen är det rimligt att beskriva denna som just att gruppen var till för ledaren.

Flyttas väsentliga delar av beslutsfattandet, valen av åtgärder och organiseringen av arbetet till gruppen är det rimligare att tala om ledaren som till för gruppen. Stora delar av utformningen och genomförandet av de värdeskapande processerna involverar inte ledarna på sätt som ovan. Detta hanteras mera autonomt av gruppen. Ledarskap handlar nu snarare om att sätta upp ramar och villkor och att ange önskvärda riktningar för utvecklingen. Att i högre grad verka mellan gruppen och dess omgivning och mindre i de inre angelägenheterna utmärker också ledarskapet när ledaren är till för gruppen. Möjligen med undantag för konfliktlösning och veton i vissa situationer.

När ledaren är till för gruppen handlar det ofta om professionella medarbetare. Ledarskapet handlar mer om att hantera grupprocesser än att fatta operativa beslut eller att intervensera i arbetet. Stora delar av arbetsledningen kan rent av ligga i professionen som sådan om det är en formell profession (polis, lärare eller läkare). Undantag finns naturligtvis. Men på senare tid har man talat allt mer om coachande ledarskap vilket speglar just ett stödjande och mera faciliterande tillvägagångssätt i relationen mellan ledarskap och medarbetare.

I projektet Närvård västra Sörmland förekommer många olika exempel på att ledarskapet har mer av den här stödjande och faciliterande ansatsen. Både direkt i projektet, men även runt omkring det. Exempelvis bland chefer i linjeorganisationen som på olika sätt är inblandade i projektet. Det finns en medvetenhet om begränsningarna i möjligheterna att påverka skeendet i detalj. Eller kanske bättre uttryckt; en medvetenhet om beroendet av många andra när det gäller att forma utvecklingen. Något som innebär en sorts paradox – att både ange riktning och prioriteringar samtidigt som man i övrigt egentligen bara kan stå till projektets förfogande. Att satsa på närvård och utvecklingen av en sådan är en sak. Hur det hela ska gå till är en helt annan. Både vad gäller utvecklingsarbetet och de organisatoriska lösningarna och rutinerna man ska tillämpa framöver.

Saken kompliceras ytterligare av att projektet Närvård i västra Sörmland inte är den huvudsakliga uppgiften för de flesta som arbetar i och kring projektet. En viktig uppgift måhända men inte den enda. Merparten håller på med annat arbete och även andra utvecklingsprocesser. Mycket tid går åt till att hantera helt andra frågor och också balansen mellan att engagera sig i projektet och att engagera sig i annat. Att synkronisera sina insatser sinsemellan blir en central metaaktivitet inom och runt projektet.

Av följeforskningens empiriska underlag, inklusive observationer under ett chefsmöte i april 2016, varierar kännedomen om projektet Närvård i västra Sörmland mycket bland cheferna i vården inom landstinget Sörmland. I den utsträckning ambitionen är att utveckla närvård som en strategi för att strukturera om vården och omsorgen i Sörmland måste man framöver föra fram detta tydligare och mera kraftfullt än hittills. Det får inte råda något som helst tvivel om den här utvecklingsriktningen – och vad som motiverar denna – om ledarskapets ambition är att låta pilotprojektet stå som förebild för annat utvecklingsarbete i andra delar av Sörmland. Berättelsen om den här utvecklingen måste mejslas ut och göras tydlig och sedan berättas i många sammanhang. Här måste alltså ansatsen vara att ”gruppen är till för ledaren”. Närvårdens roll som strukturerande av vården och omsorgen i Sörmland måste få sin plats i medvetandet och diskussionerna bland många fler chefer och medarbetare. Det är en av de ”riktningar” i vilka ledarskapet behöver bli tydligare gentemot medarbetare och chefer inom vården i landstinget Sörmland. Att alltså påverka agendan för diskussionerna som förs inom landstinget vad gäller centrala utvecklingsfrågor.

Ovanstående är något annat än det coachande ledarskap som behövs i närvårdsprojektet som sådant. En del av följeforskningens empiriska underlag antyder att lite för många är inblandade i lite för mycket vad gäller samordningen av arbetet. I de här delarna av projektet, där det framförallt handlar om att utforma konkreta lösningar, är det mer av att ”ledaren är till för gruppen”. Här behövs det stöd och ett faciliterande ledarskap. Och sådant utmärks vanligen av större frihetsgrader för några få att driva olika processer.

Den projektgrupp som utgör en form av epicentrum i stödet till projektledaren träffas exempelvis varannan vecka. Kanske, och nu när projektet pågått ett tag, är det väl ofta. Det är inte alltid som kvalité och frekvens i stående möten går i samma riktning. Ytterst är detta en fråga för de berörda och deras behov och önskemål. Men den beprövade erfarenheten säger att möten tenderar att övergå i slentrian och motsvarande förluster i energi, tid och uppmärksamhet när de pågått länge. Därför borde projekt som närvård i västra Sörmland regelbundet granska och bedöma relevansen i sättet att leda och samordna arbetet.

Ledarskap kan betraktas som hantering av osäkerhet för att möjliggöra handling (Tyrstrup 2005). En central form av osäkerhet är komplexitet. Komplexitet i meningen att det handlar om många kända och okända faktorer, samband som är svåra att överblicka och att hur saker och ting kommer att utvecklas svårligen kan förutsägas. I händelseutvecklingar som präglas av komplexitet – som exempelvis projektet Närvård i västra Sörmland – handlar ledarskapet i hög grad om att successivt reducera komplexiteten. Preliminära analyser pekar mot att en av de strategier som använts i ledningen av projektet är vad man kan kalla för ”sunda förenklingar”. Det handlar om att utgå från vad som är känt och vad som kan göras med utgångspunkt i detta. Det handlar om att pragmatiskt ställa sig frågan: Vad är möjligt att göra för att komma vidare? Vad är ett bra nästa steg? Men det handlar också om att separera olika delar av projektet från varandra, för att göra olika frågor och aktiviteter mindre i omfång och mera överskådliga.

Ledarskap som successiv reduktion av komplexitet är en intressant infallsvinkel på den sortens projekt som Närvård i västra Sörmland är ett exempel på. Det kan, om uttrycket tillåts, beskrivas som en form av organisatoriskt ”plockepinn” och kräver både stor intuition och betydande fingertoppskänsla. Och det förefaller handla om en subtil kombination av att gruppen är till för ledaren och att ledaren är till för gruppen i den här i allt väsentligt skickligt trevande metodiken för att reducera komplexitet och på så sätt möjliggöra handling.

5.3 Språk, bilder, mellanrum och etiketter

En sista pusselbit handlar om språk och språkbildning. Språk uppstår ofrånkomligen när människor samarbetar. I varierande grad finns lokala beteckningar på olika aktiviteter, företeelser eller situationer. Dialekter är ett tydligt exempel. Vad som ibland kallas fikonspråk är ett annat. Eller förkortningar. För den som inte är bevandrad i vårdens sätt att skriva kan det ta tid att förstå att ssk kan stå för sjuksköterska och att vissa (kssk) dessutom är kontaktsjuksköterskor. Behandlingar, lokaler och möten är exempel på vad som brukar få lokala beteckningar. Ibland används samma, ibland en snarlik terminologi, över lite större områden. I många landsting talar man exempelvis om avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). I andra, och hit hör Sörmland, kallas det specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH). Och av tidigare kapitel framgår att just språkbildning är en både vanlig och i de enskilda fallen betydelsefull aktivitet. Vilket är helt i linje med vad man förväntar sig enligt modern organisations- och ledarskapsteori. Människor behöver såväl språk som bilder och tecken för att förstå och göra sig förstådda. Kanske kan man hävda att bilden är för tjänstesamhället vad siffran var för industrisamhället.

I Närvård västra Sörmland kunde det handla om vad mobila team skulle kallas. Mobila äldre-akuten och närvårdsteamet förekom båda. Ibland verkade det handla om delvis överlappande team. Ibland låg det närmare till hands att tolka dem som olika uttryck för samma sak. Att det handlar om just språkbildning leder till en viss naturlig dynamik i hur begrepp uppstår, utvecklas och sprids. Ungefär som med slang och dialekter. Såväl grupper som relationer hålls samman av gemensamma språk och uttryck. Av och till leder händelseutvecklingen till att ett redan lanserat begrepp blir mindre ändamålsenligt eller får en ny innebörd. Både närvårdsteamet och palliativa teamet behövde maka på sig för att ge plats åt mobila äldre-akuten. Det senare uttrycket fångade att gamla behandlas hemma utan att det behövde vara i livets slutskede. Och närvårdsteamet användes även för specialistvård i hemmet där patienten varken behövde vara äldre eller multisjuk.

Vad gäller det som kallades samlad mottagning var det fortfarande oklart, efter i stort sett två år, vad detta avsåg och syftade på. Det i sig blev ett hinder för att utveckla konceptet. Folk förstod helt enkelt inte vad det var som skulle skapas eller behövde göras för att utveckla en samlad mottagning. Språket och utvecklingsaktiviteterna trasslar helt enkelt in sig i varandra. Det blir en knepig uppgift att försöka lösa upp knutarna och reda ut trasslet.

Den kanske mest centrala språkbildningsprocessen handlade om etiketten på vad det var som pågick, och i skrivandets stund i högsta grad pågår, i västra Sörmland. Närvård västra Sörmland fick etiketten projekt. Bland de omedelbart berörda medlemmarna i hälso- och sjukvårdsledningen i Sörmland var projektet en strategisk satsning. Andra höll sig mer avvaktande. Kanske för att de inte kunde se om, och i så fall hur, verksamheten kunde tänkas påverka deras ansvarsområden. Splittrade bilder var ständigt närvarande och hindrade arbetet med att utveckla närvården i västra Sörmland. Och ju längre ifrån projektets epicentrum (alltså projektledaren, projektgruppen och ett antal dedikerade chefer och medarbetare) desto suddigare förefaller bilderna ha varit av vad det egentligen var som pågick. En tolkning var att det handlade om en försöksverksamhet. Den här föreställningen fick fäste runt om i landstinget och vissa kommuner, vilket så småningom blev till ett problem. Och de som kom i kontakt med Närvård västra Sörmland förhöll sig på olika sätt till projektet beroende på om de framför sig såg en försöksverksamhet eller den strategiska satsning landstingsledningen avsett. Engagerade man sig i arbetet eller noterade man bara att något pågick. Ställde man in andra möten för att kunna delta i aktiviteter som arrangerades inom ramen för Närvård västra Sörmland eller fick aktiviteten flytta på sig för man hade viktigare saker att göra. Försökte man aktivt mobilisera intresse för att arbeta med närvårdsutvecklingen eller berättade man på arbetsplatsmötet att om någon var intresserad kunde de höra av sig till projektledaren. The devil is in the details!

Strategiska satsningar behöver omgivningens energi, uppmuntran och generösa inställning. Då blir det mycket enklare. Föreställningen om Närvård västra Sörmland som en försöksverksamhet har visat sig vara tillräckligt utbredd och befäst för att ständigt vara en källa till bekymmer och problem. Möjligen har detta inte påverkat de uppnådda resultaten rent generellt. Det är nog snarare så att det har tagit längre tid att nå dem, och har krävt mer av dem som på olika nivåer har varit och är engagerade i den här satsningen.

5.4 Från roll- till relationskultur

En central iakttagelse i arbetet med närvården i västra Sörmland är den starka betoningen på roller snarare än relationer. Som nämndes tidigare i ett av analysavsnitten ovan, kan man notera att de båda begreppen har lite olika ställning som begrepp för att beskriva organisationer och organisering. Roller ses som delar av hur en verksamhet organiserades. Relationer finns för att människor befolkar organisationen. Organisationer har roller och människor relationer. Rollerna är dessutom överordnande relationerna i betydelse. Så kan man beskriva de mönster som avtecknade sig i intervjuerna – om inte uttryckligen så åtminstone underförstått.

Flyttar vi begreppen roller och relationer, från kontexten ”organisation” till kontexten ”kultur”, händer något. Begreppen blir plötsligt jämbördiga. Kanske kan man säga att de nu är uttryck för samma sak – alltså kulturer – men olika sorts kulturer. Rollkulturer respektive relationskulturer.

Samtidigt förutsätter begreppen till en del varandra. Roller kan sägas underförstå relationer och vice versa. Men det finns en poäng med att ställa frågan: När roller och relationer kolliderar, vad är det som har förkörsrätt? Betonar roller kanske bara verksamhetscheferna ska delta i ett visst möte där en viss fråga tas upp, med hänvisning till att de har mandatet att fatta beslut. Om relationer betonar tar man måhända med sig en eller kanske flera medarbetare som berörs av frågan. Dels för att ge tillgång till förstahandsinformation om vad

som sägs under mötet, dels för att utnyttja kunskaper och bedömningar hos dem som arbetar med frågan i praktiken. Det senare skulle kanske öka kvaliteten på själva beslutet samtidigt som det tas ett första och viktigt steg i översättningen av beslutet till praktik.

Begreppen roll- respektive relationskultur har stor betydelse för hur man ser på förutsättningarna för samverkan. Betonas relationer underförstås att man är en del av något större. Rollen fokuserar mer på något eget. "Min roll" och "vår relation" visar på centrala nyanser. Man kan på goda grunder anta att en relationskultur gynnar gränsöverskridande, förändringar och samverkan. På motsvarande sätt kan man tänka sig att en rollkultur uppmuntrar att behålla och "vakta på" existerande gränser. Sannolikt gynnar rollkulturer därför saker som precision, tempo och visst lärande. Det är helt enkelt bra att man på en kärnvapenbestyckad atomubåt har en utpräglad rollkultur. Särskilt i fredstid! Och det ska påpekas att gränsöverskridande arbete, eller att hålla sig till gränser, kan båda vara synnerligen motiverade. Det beror på kontexten och situationen. Det är alltså inte så att roll- eller relationskulturer är bättre eller sämre rent generellt. Som kulturyttringar är de bara mer eller mindre ändamålsenliga för hur människor relaterar till varandra utifrån vad som är önskvärt i ett visst sammanhang.⁸ Och hypotesen här är att utvecklingen av närvård stöds av en relationskultur och hämmas av en rollkultur. När läkare inte vill hoppa in och jobba i närvårdsteamet med hänvisning till att det är anställda för att arbeta på sjukhus, då blir roller och rollkultur ett hinder för förändrade patientflöden i västra Sörmland.

Kan man ta sig från en rollkultur till en relationskultur gynnas förmodligen koordinering, samordning och flöden i den typ av verksamheter som är aktuella i just Närvård västra Sörmland. Det innebär även möjligheter att förflytta verksamheten från ett stuprörsorienterat till ett mer flödes- och processororienterat arbetssätt.

⁸ Vissa organisatoriska mellanrum är direkt önskvärda. Exempelvis de mellan den lagstiftande, verkställande och dömande makten. Det finns många exempel på att relationskulturer kan korrumpera sammanhang där det borde finnas en stark rollkultur istället.

Den vertikala koordineringen försvagas till gagn för den horisontella. En grundtanke i projektet är att skapa största möjliga patientnytta genom att ”foga samman” resurser från sjukhus, mobil specialistvård, primärvård och kommunens sjukvård i de konstellationer som behövs för särskilda patientgrupper eller enskilda patienter. Ett annat syfte är att identifiera organisatoriska mellanrum och därmed också förbättrings- och utvecklingsområden. Sannolikt skulle mindre betoning av roller och större fokus på relationer vara en bra strategi i det arbetet. I april 2016 samlades Landstinget Sörmlands chefer inom vården i Nyköping för ett chefsmöte. Förmiddagen ägnades åt en workshop baserad på underlag från det följeforskningsprojekt som den här rapporten är en del av. Efter diskussioner runt borden på temat hur stödja Närvårdsprojektet – det var cirka 200 personer närvarande – plockades en del av vad som sagts upp i plenum. En kommentar som fälldes var, fritt citerad, att ”vi sitter i väldigt många möten men hur ofta möts vi verkligen?” Måhända fångar den här frågan en av de centrala skillnaderna mellan rollkulturer och relationskulturer. Det återstår att se. Här behövs mer forskning. Men tanken är väl värd att fundera över under tiden.



Appendix: Metod

En huvudsaklig avsikt med följeforskningen var att inom ramen för projektet Närvård Sörmland:

- utveckla begreppet ”organisatoriska mellanrum”⁹ (Tyrstrup, 2007; 2014) som verktyg för att identifiera förbättrings- och förändringspotential.

Tillämpandet av systemteoretiska idéer har kommit att leda till nya frågor och andra perspektiv. Dessa är:

- ledning och organisering av den aktuella typen av förändringsarbete, och då särskilt friktionerna mellan linje- och projektorganisationerna.
- närvårdens roll i ett övergripande sjukvårds- och omsorgssystem, och då särskilt den potential som finns att använda närvård som strategi och motor i förändrandet av just det mer övergripande systemet.

För att skapa en bild och förståelse av projektet Närvård i västra Sörmland har vi utgått från en kvalitativ ansats. Följeforskningen har skett med hjälp av intervjuer med många olika personer som, på olika sätt och i olika omfattning, har inblick i eller påverkan på projektet. Totalt har ett 60-tal intervjuer genomförts med personer inom följande kategorier:

⁹ Begreppet syftar på de ofullkomligheter som uppstår i ansvars- och arbetsfördelning, liksom i möjligheterna att samverka, när principerna för organiserandet betonar uppdelning samt skapande av enheter och gränser.

- närvårdens olika team och enheter
- de som leder arbetet på VC-nivån
- hälso- och sjukvårdsledningen i Sörmland och ansvariga politiker
- de som leder förändringsarbetet
- projektgrupp
- styrgrupp

Vidare har ett antal aktiviteter genomförts såsom workshops, möten och föreläsningar samt studier av dokument såsom mötesprotokoll. Detta har bidragit med en tydlig bild av närvårdsverksamheten från olika organisatoriska nivåer och ur olika perspektiv. Som nämns i rapporten visar denna bild på komplexiteten inom Närvård västra Sörmland och framförallt vad gäller organiseringen av vårdarbetet snarare än vårdarbetet i sig.

Att genomföra en studie utifrån kvalitativ metod kan innebära att såväl forskningsfråga som forskningsobjekt kan förändras under studiens gång, något som kan ses som en styrka med denna metod då exempelvis intervjufrågor löpande kan utvecklas och förfinas. Det bakomliggande syftet och målet med intervjuprocessen är att skapa en grund för djupare förståelse för det fenomen som studeras och att ”uppnå mättnad” (snarare än statistisk generaliserbarhet). Med mättnad menas att intervjuförfarandet fortsätter tills forskaren anser att få nya teman uppkommer, varför det inte på förhand går att förutse när detta kommer att uppnås.

De frågor som har ställs i detta mer problembeskrivande intervjuförfarande kan beskrivas som associativa frågor. Det handlar mycket kortfattat om att respondenten får frågor som han/hon själv får fylla med innebörd. Respondenten får således frågor som kan handla om ”upplevelser kring ett fenomen” för att sedan sätta igång associationer utan styrning mer än vissa förtydligande frågor. När sedan respondenten inte får fler associationer kan forskaren föra intervjun framåt med mer specificerande frågor.

Syftet med associativa frågor är att kartlägga hur respondenten tänker kring ett antal områden för att sedan identifiera och presentera detta i form av teman för analys.

Bland dokumentstudierna kan särskilt nämnas läsning av protokoll från både styrgruppens och projektgruppens möten. Projektledaren upprättar de här minnesanteckningarna. Protokollen är väldigt välskrivna och informativa, och beskriver de båda gruppernas olika beslut och åtgärder och alla insatser som görs återrapporteras med noteringar om resultat och effekter. Protokollen kan betraktas som en mycket gediget dokumenterad fallstudie av arbetet i och kring en projektgrupp med ett uppdrag som Närvård i västra Sörmland.

Genom ett utåtriktat arbete har LHC haft möjlighet att hämta in kunskap, pröva begrepp och utveckla idéer. Insamling av material och analysarbetet har genomförts i nära samverkan mellan forskare och forskningsobjekt, något som är vanligt inom en samhällsvetenskaplig till skillnad från en naturvetenskaplig tradition. Vidare utgår samhällsvetenskaplig forskning från perspektivet att samhället är socialt konstruerat av människor i samspel med varandra.

Arbetet med rapporten kan beskrivas som en iterativ process där insamling av material till viss del har skett parallellt med analys. Arbetet har således skett i en cyklisk rörelse snarare än linjär. Den kvalitativa forskningsprocessen kan även beskrivas som en hermeneutisk spiral vilket i stort handlar om förståelse och tolkning och hur detta utvecklas i och genom forskningsprocessen i mötet med forskningsobjektet.

En ambition med följeforskningen är att som forskare kontinuerligt återföra resultat till forskningsobjektet under forskningsprocessen. Detta för att utveckla och förbättra det man har för avsikt att studera. Denna så kallade aktionsforskning innebär en tät interaktion mellan forskare och forskningsobjekt, vilket kan ses som en fördel då de som medverkar i forskningen (som respondenter) snabbare får nytta av att delta. Det kan dock även innebära ett dilemma då interaktion med forskningsobjekt skapar en viss påverkan vilket i förlängningen kan leda till att resultatet påverkas.



Referenser

- Andersen, H., och Røvik, K., A. (2015) Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in a hospital. *BMC Health Services Research*. 15:401, DOI 10.1186/s12913-015-1081-z.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. London: Penguin Books.
- Blomgren, J (2003). *Projektorganisationen – kritiska analyser av projektprat och praktik*. Malmö: Liber
- Churchman, C. W. (1968). *The Systems Approach*. New York: Delacorte Press.
- Czarniawska, B. (2005). *En teori om organisering*. Lund: Studentlitteratur.
- Czarniawska, B. och Sevón, G. red (1996) *Translating Organizational Change*. de Gruyter, Berlin.
- Delprojekt – Närvård Barn, 2015.
- Delprojektplan – Vårdplanering med hjälp av tekniska lösningar.
- Ekman, G. (1999) *Från text till batong – om poliser, busar och svennar*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan. (EFI).
- Effektiv vård (SOU 2016:2) Stiernstedt et al.
- Eriksson, N., Holgers, K-M., Müllern, T. (2013) *Att utveckla vården. Erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson-Zetterquist, U. (2009) *Institutionell teori – idéer, moden, förändring*. Malmö: Liber.

- Helgesson, C-F. och Winberg, H. (2008) Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: EFI, Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Hertting, A. & Kristenson, M. (2012). Hälsofrämjande möten: från barnhälsovård till palliativ vård. Lund: Studentlitteratur.
- Håkansson, M. (2014) Nyhetsbrev nr 1, Närvård i västra Sörmland.
- Jarlsdotter, E. (2015) Från frustration till flow med lean@home. Helsingborg: Hoi Förlag AB.
- Kotter, J. P. Leading Change. Why transformation efforts fail, Harvard Business Review, January 2007, pp 92-107
- Landstinget Sörmland (2014) Projektplan Närvård i västra Sörmland. 0334.
- Larsson, I. (manus under arbete) Lean äntrar sjukvården. Om lokal översättning av Lean som idé samt betydelsen av informella aktörer och arenor (arbetstitel).
- Lägesrapport Närvård i västra Sörmland (2015). Datum: 2015-09-28, diariernr: LS-LED 15-0334.
- Müllern, T. och Nordin, A. (2013) Multiprofessionella team som motor i förbättringsarbete – tankar kring empowerment i en teamkontext, i Eriksson, N., Holgers, K-M., Müllern, T. (2013) Att utveckla vården. Erfarenheter av kvalitet, verksamhetsutveckling och förbättringsarbete. Lund: Studentlitteratur.
- Projektbeskrivning Delprojekt – Strukturerad in och utskrivning.
- Projektbeskrivning, Delprojekt – Specialiserad sjukvård i hemmet.
- Projektbeskrivning, delprojekt Samlad mottagning (2015). Datum: 2015-03-02, diariernr: LS-LED 15-
- Røvik, K., A. (2000) Moderna organisationer – trender inom organisationstänkandet vid millennieskiftet. Malmö: Liber.
- Røvik, K., A. (2008) Managementsamhället: Trender och idéer på 2000-talet. Malmö: Liber.
- Sahlin-Andersson, K. (1996) Imitating by editing success: The construction of organizational fields, i Czarniawska, B., Sevón, G. red, Translating Organizational Change. de Gruyter, Berlin.
- SvD. Sköterskorna anklagar sjukhus för lönekartell (2013-04-24).
- Thoresson, K. (2012). När samverkan brister. LHC Report nr 9.

- Tyrstrup, M (2005) På gränsen till fiasko – om ledarskapets vardag och det improviserande inflytandet, Lund: Studentlitteratur.
- Tyrstrup, M (2007). Organisatoriska mellanrum – om kompetens, samverkan och godtycke i kunskapsintensiva verksamheter, SSE/EFI Research Report Series in Business Administration, No 12/2007.
- Tyrstrup, M (2012). Styrning med förhinder. LHC Report nr 6.
- Tyrstrup, M (2014). I välfärdsproduktionens gränsland – organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg, Delrapport nr 5 i Uppdrag: Välfärd!

Leading Health Care (LHC) är en akademisk tankesmedja för fördjupad dialog om framtidens hälso- och sjukvård.

LHC främjar forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning av verksamheter inom hälsa, vård och omsorg, samt sprider information om detta. LHC arbetar dels med ett brett akademiskt nätverk, dels med ett partnersnätverk som för närvarande består av ca 30 organisationer från olika delar av sektorn. Sedan 2009 är LHC en oberoende och icke vinstdrivande stiftelse. Vi finansieras huvudsakligen genom vår uppdragsforskning samt årliga bidrag från partnerorganisationerna.

Läs mer om oss och ladda ner våra publikationer gratis på
www.leadinghealthcare.se



LEADINGHEALTHCARE.SE